Rok XLVIII. Kraków, dnia 19. czerwca 1909. Nr 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z Zakładu mikrobiologii Uniwersytetu Jagiellońskiego (Dyrektor Prof. Dr J. Nowak).

Uwagi praktyczne w sprawie odczynu Wassermanna

podali

Dr Ludwik Rajchman i Dr Zygmunt Szymanowski

asystenci Zakładu.

I.

Odczyn Wassermanna, jak wiadomo, daje dodatnie wyniki nietylko w różnych okresach kiły i cierpień na tle kiły powstających, ale też w przebiegu świdrowic (*trypanosomiasis*) zwierzęcych i ludzkiej (przypadek dodatniego odczynu płynu mózgowo-rdzeniowego w śpiączce afrykańskiej), w surowicy psów dotkniętych piroplasmozą, w przypadkach trądu, nielicznych zimnicy, oraz płonicy. Zwłaszcza w sprawie płonicy ukazał się cały szereg prac, które wyłącznie jednak dotyczyły zachowania się odczynu w samym przebiegu choroby. Nawiasem zaznaczyć należy, że przy dokładnem przestrzeganiu ścisłości techniki i umiejętnej kontroli liczba dodatnich wyników odczynu Wassermanna przy płonicy okazuje się znikomo małą. Praca Hechta, Lateinerównej i Wilenki[1]), wzorowo wykonana i operująca największym materyałem, daje wyraźne w tej mierze wnioski. Na 116 badanych przypadków otrzymali wspomniani autorowie tylko 3 razy wyniki dodatnie, z których dwa dotyczą badań pośmiertnych.

W żadnej jednak pracy nie zwrócono uwagi na zagadnienie, praktycznie donioślejsze a mianowicie, czy przebyta płonica nie pozostawia w surowicy trwałych zmian, któreby mogły po upływie dłuższego przeciągu czasu dać dodatni odczyn Wassermanna z którymkolwiek z używanych do odczynu antygenów, — oczywiście u osobników bezwzględnie wolnych od kiły, zarówno nabytej, jak dziedzicznej.

Dla zbadania tej sprawy zebraliśmy szereg przypadków, w których wywiady nie przedstawiały żadnych wątpliwości. Wszyscy badani przechodzili płonicę w dzieciństwie i sami ofiarowali krew do zbadania, wiedząc, do jakiego celu służy.

[1]) Zeitschrift für Immunitätsforschung. Originale T. II. str. 356. — Praca ta zawiera całkowite piśmiennictwo w sprawie odczynu Wassermanna w przebiegu płonicy.

Co się tyczy metody badania, używaliśmy następujących odczynników:

I. Antygeny. Dwa różne wyciągi alkoholowe z wysuszonej i sproszkowanej wątroby płodu kiłowego. Wyciągi były sporządzone w stosunku 1:10 i rozcieńczane następnie wodą fizyologiczną w stosunku 1:20.
2) Wyciąg alkoholowy ze świeżej wątroby płodu kiłowego.
3) Wyciąg alkoholowy z serca morskiej świnki.
4) »Sztuczny antygen« Sachsa i Rondoniego (o nim poniżej).

II. Surowice badane po starannem oddzieleniu od skrzepów i odwirowaniu od krwinek inaktywowaliśmy przy 56° przez ½ g.

III. Komplement (morskiej świnki) zupełnie świeży, zazwyczaj w 50% rozcz.

IV. Amboceptor: surowica królika uodpornionego krwinkami wołu, wysuszona o mianie $^{1}/_{2000}$.

V. Krwinki wołu, parokrotnie przemyte 9‰ rozczynem soli kuchennej — w 5% rozczynie.

Czas wiązania komplementu wynosił 1—1½ godz.; po dolaniu krwi i amboceptora zostawialiśmy próbę w termostacie aż do czasu całkowitego rozpuszczenia we wszystkich rurkach kontrolnych, wyniki zaś odczytywaliśmy nazajutrz po 12-godzinnem trzymaniu w lodowni.

Oczywiście w każdej seryi badanej dla kontroli badaliśmy jednocześnie kilka surowic kiłowych i prawidłowych.

Badaliśmy dwanaście surowic. W żadnym przypadku z żadnym antygenem nie otrzymaliśmy związania komplementu. Wszędzie była hemoliza całkowita, gdy tymczasem ze wszystkiemi surowicami kiłowemi, użytemi do kontroli, występował odczyn wybitnie dodatni.

Gdy więc w przebiegu płonicy odczyn występuje w przypadkach bardzo nielicznych, zaś po przebytej płonicy nigdy nie występuje, sądzimy, że niema danych, aby przestać z tego powodu poczytywać odczyn Wassermanna za klinicznie swoisty dla kiły.

II.

Gdy ustalono, że wyciągi z prawidłowych narządów mogą zastępować całkowicie »antygen krętkowy« Wassermanna, liczni autorowie poszukiwali, jakie substancye odgrywają czynną rolę w »antygenach«. Możność wyciągania zapomocą alkoholu kazała ciała te zaliczyć do lipoidów i istotnie np. Porgesowi i Meyerowi udaje się zastąpić w pewnej mierze antygen z narządów przez lecytynę, Levaditi i Yamanouchi, kierowani faktem, że alkoholowe wyciągi »antygenu« są nierozpuszczalne w eterze, czynią próby z solami żółciowemi, Fleischmann z cholestearyną, Sachs i Altmann z oleinianem sodu i t. d.

W następnej pracy (zamieszczonej w I. zesz. »Zeitschrift für Immunitätsforschung«) z zakładu Ehrlicha w Frankfurcie, Sachs i Rondoni proponują wprost dla ujednostajnienia metodologicznego używać stale zamiast typowych antygenów — rozczynu alkoholowego lecytyny, kwasu oleinowego i oleinianu sodu, przyrządzonego w pewien specyalny sposób w 2 odmianach [2]). Autorowie zwracają szczególną uwagę na sposób przyrządzania, a nawet rozcieńczania w fizyologicznym rozczynie soli.

Oczywiście zastąpienie wyciągów z narządów przez płyny o zupełnie określonym składzie chemicznym, dające się sporządzić każdej chwili w dowolnej ilości, miałoby pierwszorzędną doniosłość praktyczną. To też zaraz po ukazaniu się powyższej pracy sporządziliśmy płyny Sachsa i Rondoniego, stosując się ściśle do ich przepisów. Niestety wyniki prób zupełnie nie odpowiedziały oczekiwaniom.

W granicach podanych przez Sachsa i Rondoniego (0,4; 0,2; 0,1 rozcz. 1:5) najczęściej nie otrzymywaliśmy wcale związania komplementu z surowicą kiłową, która w tym względzie zachowywała się zupełnie tak samo, jak surowica prawidłowa.

Natomiast większe ilości tych samych płynów dawały zahamowanie hemolizy zarówno w kiłowych jak i w prawidłowych surowicach. Surowice kiłowe były oczywiście sprawdzane typowym antygenem.

Dla przykładu przytaczamy wynik kilku odczynów z licznego szeregu dokonanych.

		Kiła pewna I.	Kiła pewna II.	Surowica prawidłowa I.	Surowica prawidłowa II.	Kontrola rozczynu
Rozczyn Sachsa A. 1:5	0·4	—	—	—	—	—
	0·2	—	—	—	—	—
	0·1	—	—	—	—	—
Rozczyn Sachsa A. 1:3	0·6	+ +	+ +	+ +	+ +	—
	0·4	+	+	+	+	—
	0·2	+	+	+	+	—

Rozczyny B. zachowały się analogicznie.

[2]) Sachs i Rondoni. Zeitschrift für Immunitf. T. I. H. I. str. 145.

Mieszanina A.		Mieszanina B.	
Oleinian sodu	2,5	Oleinian sodu	1,0
Lecytyna	2,5	Lecytyna	1,0
Kw. oleinowy	0,75	Kw. Oleinowy	1,5
Woda destyl.	12,5	Woda destyl.	5,0
Alkohol ad	1000,0	Alkohol ad	1000,0

Oleinian sodu — Kahlbaum Berlin.
Ovolecytyna Merck Darmstadt.
Kw. oleinowy (Marka »Kahlbaum«) Kahlbaum.

Mieszaninę A. rozcieńcza się, dolewając do 1 cm³ rozczynu 4 cm³ soli fizyologicznej kroplami; mieszaninę B. również w stosunku 1:5, lecz w zwykły sposób.

Nie przesądzając więc wcale wartości »sztucznego antygenu »Sachsa i Rondoniego w stosunku do innych »sztucznych antygenów«, stwierdzić możemy, że »antygen« ten nie przedstawia żadnych zalet w porównaniu do alkoholowych wyciągów zarówno z narządów kiłowych, jak z serca morskiej świnki. Już gdy praca nasza była na ukończeniu, podał Facchini [3]) wyniki swych badań w tym samym kierunku. Dochodzi on do wniosku, że rozczyn *B.* nie nadaje się zupełnie dla serodyagnostyki kiły, rozczyn zaś *A.* również nie jest pewny, dając niekiedy związanie komplementu z surowicą prawidłową. Dochodzi zatem do podobych, jak my, wniosków.

W końcu poczytujemy sobie za miły obowiązek wyrazić serdeczne podziękowanie kol. Radlińskiemu, Nüssenfeldowi i Epsteinowi za łaskawe dokonywanie nakłucia żylnego u badanych przez nas osób.

Bronchoskopia i leczenie na tej drodze dychawicy oskrzelowej.

Podał

Docent pr. Dr Franciszek Nowotny

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Oprócz mnie stosowało tracheo- i bronchoskopię górną wraz z działaniem kokainy i adrenaliny jeszcze dwu lekarzy:

1) Trétróp (Centralblatt f. Laryngol. Nr 1. 1909. Jahresversammlung der belgischen oto-rhino-laryngologischen Gesellschaft 27—29 Juni 1908. Brüssel) przytacza przypadki dychawicy, uleczonej tą metodą i twierdzi, iż tak ze względu na dobre wyniki, jak i łatwość metody użycie jej jest wskazane.

2) Galebsky z Petersburga opisuje 2 przypadki dychawicy oskrzelowej, w których użył tejże metody (klinika Simanowskiego).

a) Chora 40-letnia z objawami ciężkiej duszności, rozlanym nieżytem oskrzeli, przeważnie w lewem płucu. Bronchoskopia wykazała wyraźną różnicę pomiędzy błoną śluzową prawego a lewego oskrzela. Błona śluzowa lewego oskrzela była silnie zaczerwieniona i nieco obrzmiała. Po samym zabiegu, przy którym użyto rozczynu 20% kokainy z adrenaliną — polepszenie. Po tygodniu, gdy napady duszności znowu silnie wystąpiły, powtórna bronchoskopia, jednak bez poprawy, co Galebsky tłómaczy tem, iż endoskopia wykonana była w czasie miesiączkowania.

b) W drugim atoli przypadku, tyczącym się chorej 30-letniej, już jednorazowa bronchoskopia z zapędzlowaniem oskrzeli kokainą i adrenaliną dała zupełne wyleczenie.

Endoskopia nie wykazała w tym przypadku zmian na błonie śluzowej. Cierpienie trwało lat siedem, objawiało się napadami duszności, czasem bardzo silnymi i trwającymi 48 godzin. W ostatnich czasach dostawała chora napadów duszności nawet na wolnem powietrzu i przy najmniejszym już ruchu. Chora przeszła wszystkie prawie sposoby leczenia tak ogólne, jak i miejscowe, jak przypalania dolnej małżowiny nosowej i odcięcie przedniej jej części. Przez 1½ miesiąca po endoskopii była chora zupełnie wolna od napadów duszności.

Według wiadomości listownej stosował Galebsky obok tych dwu przypadków dychawicy oskrzelowej tracheo-

[3]) Zeitschrift für Immunitätsforschung. Bd. II. str. 257.

i bronchoskopię górną jeszcze u dwu kobiet, żalących się na duszność, z rozpoznaniem histeroneurastenii.

U obu tych kobiet stwierdzono wzmożenie odruchów ścięgnistych, dermografię, kulę histeryczną (*globus hystericus*), wzdęcie żołądka i jelit, zboczenia w miesiączkowaniu. Jedna z tych chorych cierpiała obok tego na bicie serca; tętno 90, nierówne, rozdwojenie pierwszego tonu nad końcem serca. Z powodu ciągłych skarg na brak powietrza przystąpił Galebsky u obu tych chorych do tracheo- i bronchoskopii górnej. Zmian anatomicznych nie stwierdził żadnych, pomimo tego obie chore czuły znaczne i trwałe polepszenie. U jednej chorej wykonano zabieg ten trzechkrotnie, u drugiej dwukrotnie; użyto przytem do znieczulania błony śluzowej rozczynu kokainy z adrenaliną.

Osiem przypadków leczonych i spostrzeganych przezemnie, dwa przypadki Galebskyego i wreszcie przypadki Tretrópa z dodatnim wynikiem, pozwalają na pewne wnioski tak co do skutków leczniczych, jak i wskazówek, które postacie dychawicy nadają się do tego sposobu leczenia, które zaś nie.

Dodatni wynik był w 7 przypadkach leczonych przezemnie, ujemny w jednym. U chorego tego atoli wedle wywiadów (badanie fizyczne nie wykazywało żadnych zmian w płucach) nie rozpoznawałbym cierpienia, zwanego dychawicą napadową (*asthma bronchiale*). Wprawdzie chory ten wspominał o duszności częściowo stałej, częściowo napadowej, występującej w nocy lub też po każdym silniejszym ruchu, jednak opis napadu nie zgadza się z objawami, spotykanymi zawsze wśród napadu dychawicy. Jedynym objawem było tylko uczucie duszności, nie było zaś ani kaszlu ani wykrztuszania, szmery oddechowe stale były prawidłowe, brak wreszcie innych objawów przemawia za dusznością na tle histeryi. Za tem przemawia badanie fizyczne podczas dnia; otóż chory po wysiłku fizycznym zapewniał mnie o zwiększemu się duszności, tymczasem badanie stwierdzało zupełnie prawidłowe szmery oddechowe. Przypadek ten odpowiadałby dwu przypadkom Galebskyego z rozpoznaniem histeroneurastenii. We wszystkich innych siedmiu przypadkach, spostrzeganych przezemnie, stwierdzić muszę wynik w mniejszym lub większym stopniu dodatni. Wyleczenie zupełne, trwające już dwa lata, nastąpiło w przypadku III. Niestety chora opłacić to musiała tracheotomią. Znaczna atoli duszność, połączona z sinicą, prawie zupełna niedrożność lewego oskrzela, wzbudzały we mnie przypuszczenie zwężenia tegoż oskrzela, tak iż ze względu na groźny stan użyłem zabiegu pewniejszego i, w razie istnienia rzeczywistego zwężenia oskrzela zbliżającego pole operacyjne.

Chorego pierwszego wprawdzie nie mogę uważać za zupełnie uleczonego, jeżeli atoli zważymy, iż chłopiec ten przedtem nie był wogóle zdolny do żadnej pracy, ani nawet do swobodnego poruszania się, to wynik leczenia uważać musimy za bardzo korzystny. Chory przez dwa lata blizko czuł się zupełnie zdrowym, mógł się poruszać swobodnie, a nawet wykonywać zajęcie, ze względu na jego stan płuc bardzo niekorzystnie oddziaływające. Pewne pogorszenie wystąpiło dopiero w ostatnich kilku miesiącach i znowu wybitna poprawa pod wpływem trzechkrotnej tracheoskopii. Chory, który przed przybyciem na klinikę z powodu swego cierpienia odcięty był od świata, obecnie żyje prawie zupełnie swobodnie i pracuje. Lekki stan nieżytowy płuc, który się ciągle utrzymuje, może być dla chorego obecnie już tylko pewną niedogodnością, nie robi zaś już z niego kaleki.

Przypadek siódmy daje również dowód skuteczności tracheoskopii, brak tu tylko dłuższej obserwacyi. Badanie płuc poza napadami stwierdzało furczenia, świsty, rzężenia. Objawy te po napadzie zawsze się zwiększały. Już po pierwszej tracheoskopii polepszenie było wyraźne, zwiększyło się ono po drugiej, wreszcie po trzeciej i czwartej objawy opisane zupełnie ustąpiły. Najpierw ustąpiły rzężenia, potem furczenia, świsty i gwizdy; równocześnie ze stopniowem ustępowaniem tych objawów napady duszności tak co do czasu trwania, jak i co do nasilenia, zmniejszały się, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. W przypadku drugim chora podawała poprawę i to znaczną, jak długo atoli poprawa ta trwała, trudno powiedzieć, chora bowiem potem już się nie zgłosiła.

Poprawa była i w przypadku czwartym. Z powodu iż chory osłabł podczas tracheo- i bronchoskopii, kokaina z adrenaliną zadziałać mogły tylko na płuco prawe. Zaraz też po bronchoskopii dokonane badanie wykazało ustąpienie zupełne świstów, gwizdów, furczeń ze strony prawej, natomiast po lewej, gdzie brakło tego działania, objawy nieżytowe utrzymały się w całej pełni. Pomimo tego chory odczuwał znaczną ulgę. W przypadku VIII obserwacya trwała zbyt krótko, by stąd wysnuwać jakieś wnioski. Należy zwrócić uwagę na ważny w przypadku IV. fakt, stwierdzający, iż ustąpienia objawów nieżytowych nie mamy do zawdzięczenia jakiemuś odruchowemu zadziałaniu samego zabiegu, lecz wprost działaniu kokainy z adrenaliną; objawy zwężenia oskrzeli płuca lewego, na które nie stosowano tych środków, pozostały w tymże samym stopniu natężenia. Piątego chorego obserwowałem tylko 4 dni. Przedmiotowo i podmiotowo stwierdziłem znaczne polepszenie.

Osłabnięcie chorego znaczenia żadnego nie ma; na cały szereg endoskopii trafiło się ono raz jedyny; przypisać to należy nerwowości chorego izraelity, tak że z tem liczyć się zupełnie nie potrzebujemy.

Jak wytłómaczyć sobie ustępowanie zmian zupełne lub też częściowe w przebiegu dychawicy napadowej w naszych przypadkach? Zdaniem mojem działanie to zawdzięczamy dwom czynnikom: 1) działaniu kokainy z adrenaliną, 2) działaniu bronchoskopii samej, powodującemu silne bardzo wykrztuszanie śluzu z dróg oddechowych. Kokainy używamy w rozczynie 25% do pędzlowania tchawicy i oskrzeli, obok tego w trzech ostatnich przypadkach zapuszczałem wprost do oskrzeli drugorzędnych kokainę 2% w ilości po 0·04. Adrenaliny używamy z kokainą w stosunku 1:10; wywołuje ona zmniejszenie się obrzmienia i przekrwienia błony śluzowej. Przy znacznem zaś nagromadzeniu się śluzu bronchoskopia wywołuje nadzwyczaj silne wykrztuszanie, tak iż w krótkim przeciągu czasu drogi oddechowe uwolnione zostają z masy śluzu. Żaden środek wykrztuśny nie może zadziałać w tym kierunku tak silnie i tak szybko, jak bronchoskopia.

Zmiany anatomiczne, napotykane w przypadkach powyższych, były następujące: W przypadku Pieniążka, tyczącym się dziecka $2^1/_2$-letniego, było zaczerwienienie i silne obrzmienie błony śluzowej dolnej części tchawicy, klina podziałowego, wejścia do oskrzeli, obok tego wejście do oskrzeli zatkane było częściowo śluzem. Przy nieznacznej szerokości światła oskrzeli u dziecka w tym wieku obrz-

mienie tego stopnia wraz ze śluzem, zatykającym oskrzele, wywołać musiało zwężenie znaczne, i to z objawami zwężenia obu oskrzeli głównych. U dorosłych z tym stopniem obrzmienia oskrzeli głównych nie spotykamy się; obraz podobny, choć w mniejszym stopniu, zauważyłem w kilku przypadkach duszności napadowej na klinach drugo- i trzeciorzędnych; obrzmienie to i tu było tak silne, iż wywoływało zupełną czasem niedrożność drugo- lub trzeciorzędnego oskrzela.

W 3 przypadkach zmian błony śluzowej nie zauważono; było to w przypadku H. Schröttera, jednym Galebskyegó i jednym moim. W przypadku Schröttera bronchoskopię wykonano poza napadem, przypadku swojego nie uważam właściwie za dychawicę napadową, w przypadku Galebskyego pomimo braku zmian polepszenie nastąpiło. Brak atoli zmian w tchawicy lub oskrzelach głównych nie wyłącza zmian w oskrzelach drobnych, dla oka naszego niewidocznych. Zresztą w przypadkach czysto napadowej duszności, która nie mogła jeszcze wywołać zmian stałych następowych, obraz poza napadem będzie ujemny.

Zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej oskrzeli różnego natężenia zauważyłem w dalszych swoich czterech, Galebsky w swoim jednym przypadku, w dwu przypadkach tylko zaczerwienienie. W dwu wreszcie z mych przypadków, a mianowicie w przypadku I. i VII, zauważyłem wyraźne zaczerwienienie i obrzmienie klinów drugo- i trzeciorzędnych. Ważne jest spostrzeżenie Galebskyego, iż odpowiednio do zmian osłuchowych znalazł on zmiany błony śluzowej, ograniczające się tylko do jednego oskrzela. W swoim zaś jednym przypadku stwierdziłem znacznie obniżoną pobudliwość błony śluzowej tchawicy i oskrzeli.

W 7 przypadkach stwierdzić można było znaczną ilość śluzu w drugach oddechowych. W jednym ilość śluzu była bardzo nieznaczna, śluz był zasychający i przylegający do ścian oskrzeli.

Ponieważ atoli w tym przypadku osłuchiwanie stwierdzało zupełną prawie niedrożność oskrzeli płuca lewego i gałęzi, prowadzącej do płatu dolnego płuca prawego, a zmian odpowiednich, tłómaczących ten stan w oskrzelach głównych ani drugorzędnych nie znalazłem, przeto musimy przypuścić niedrożność i to prawie zupełną oskrzeli drobnych. Wywołana ona być musiała już to ich obrzmieniem, jużto nagromadzeniem się na ich ścianach lepkiego śluzu, który zwężał lub nawet w zupełności zatykał światło oskrzeli. Wynik leczniczy w tym przypadku odnieść muszę tak do zadziałania rozczynu kokainy z adrenaliną, jak i do nagłego przebicia się powietrza przez zatkane dotąd śluzem drobne oskrzelka. Obrzmiałe i wypełnione lepkim, przylegającym do ścian śluzem oskrzela nie przepuszczały albo zupełnie powietrza, albo przedostawało się ono tylko z trudem. Kokaina z adrenaliną, spływając do drobnych oskrzeli, zmniejszała obrzmienie i przekrwienie, czop śluzu nie zatykał już tak szczelnie światła oskrzeli, tak, że wchodzące podczas bronchoskopii z pewną siłą powietrze poprostu rozerwało warstwy śluzu, który już obecnie oblepiał jedynie ściany oskrzeli, pozostawiając światło wolne i nie przeszkadzając już ich wdechowemu rozszerzaniu się.

W ten sposób naraz wytworzyła się drożność oskrzeli, równocześnie zaś przerwano wzajemne szkodliwe oddziaływanie zalegającej wydzieliny, która wypełniając całkowicie światło, nie pozwalała na wdechowe rozszerzanie się oskrzela. Że był to tylko lepki śluz, dowodzi, iż badanie nigdy nie wykazywało rzężeń, tylko świsty i gwizdy. Drożność oskrzeli, prawidłowy przepływ powietrza przez nie, usuwając śluz, przekrwienie i obrzmienie, w jednej prawie chwili mogły przywrócić stosunki prawidłowe.

Że działanie to nie jest odruchowe, że zwężenie nie ustępuje nagle skutkiem ustąpienia odruchowego skurczu mięśni gładkich oskrzeli, najwyraźniej dowodzi przypadek czwarty. U tego chorego wprowadzono bronchoskop tylko do oskrzela prawego i tam też tylko zapuszczono kokainę z adrenaliną. Z powodu osłabnięcia chorego bronchoskopu do oskrzela lewego wprowadzić nie było można. Badanie płuc, po endoskopii dokonane, wykazało zupełne ustąpienie objawów zwężenia oskrzeli i objawów nieżytowych tylko po stronie prawej, po lewej pozostały one w całej swej sile.

Streszczając wyniki leczenia sposobem przezemnie podanym, postawić sobie musimy pytanie, czy wogóle i w jakich przypadkach leczenie dychawicy napadowej metodą tracheo- i bronchoskopii jest wskazane.

W przypadkach czysto napadowej duszności, gdzie poza napadami stan płuc jest zupełnie prawidłowy, nie spodziewałbym się, wedle przypadków dotychczasowych — wyników, przynajmniej wybitnych. U tych chorych atoli wystarczają zazwyczaj środki narkotyczne, które albo w zupełności usunąć mogą napad lub też przynajmniej natężenie jego zmniejszyć. Szczególnie zaś wtedy nie byłaby wskazana tracheo- i bronchoskopia, gdy napady występują rzadko, trwają krótko i natężenie ich jest nieznaczne.

W przypadkach duszności czysto nerwowej w przebiegu histero-neurastenii, jak w dwu przypadkach Galebskyego i jednym moim, bronchoskopia, jeżeli działa, to poddawczo, jako silny bodziec zewnętrzny. I tu będą wyniki różne; w moim przypadku wynik ujemny, w obu Galebskyego dodatni.

Wynik dodatni stwierdzić można było we wszystkich przypadkach dychawicy przewlekłej. Podmiotowo wywoływała ona obok duszności stałej różnego natężenia, napady duszności, przedmiotowo dawała objawy nieżytu przewlekłego. Cechą jego zaś było silniejsze, niż przy zwykłych nieżytach, obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej i wydzielina przeważnie gęsta, lepka, dająca przy osłuchiwaniu głównie świsty, gwizdy, rzadko zaś rzężenia; w jednym zaś przypadku, a mianowicie trzecim, wydzielina wywoływała prawie zupełną niedrożność większej liczby gałązek oskrzelowych. W tych to przypadkach wynik leczniczy był stale dodatni. Były to wszystko przypadki ciężkie, wywołujące niemożność pracy, swobodnego poruszania się i t. d. Chorzy ci, widząc bezskuteczność używanych zazwyczaj środków lekarskich, chętnie się poddawali tracheoskopii, a nawet jak w przypadku I. III. i VII., sami, widząc polepszenie, domagali się usilnie dalszych endoskopii.

W tych to przypadkach leczenie dychawicy oskrzelowej na drodze tracheo- i bronchoskopii jest wskazane.

Nasuwałoby się pytanie, o ile endoskopia może oświetlić istotę cierpienia, zwanego dychawicą napadową. Aż do niedawnego czasu istniały co do tego dwie krańcowo przeciwne teorye. Jedni usiłowali tłómaczyć obraz chorobowy tonicznym kurczem mięśni oskrzeli; drudzy twierdzili, iż napad dusznicy powstaje skutkiem nagłego zwężenia świa-

tła oskrzeli, wywołanego już to samem obrzmieniem błony śluzowej, jużto równoczesnem nagromadzeniem się wydzieliny szklistej, lepkiej na powierzchni błony śluzowej. Niektórzy wreszcie przyczynę napadu upatrywali w skurczu mięśni przepony. W ostatnich czasach nastąpiło pewne zbliżenie się, pewne wyrównanie w poglądach na te dwie krańcowe teorye. I tak obecnie nawet zwolennicy teoryi Biermera przyjmują, że samym skurczem mięśni okrężnych oskrzeli nie da się wytłómaczyć obraz dychawicy, że musimy równocześnie także przyjąć obrzmienie, zaczerwienienie błony śluzowej oskrzeli z wytworzeniem się wydzieliny szklistej. Traube uważał za przyczynę dusznicy napadowej ostry nieżyt oskrzelków (*catarrhus acutissimus*), a to z tego powodu, że cierpieniu temu dosyć często towarzyszy kichanie. Störck przyjmował ostry nieżyt oskrzelków, z równoczesnym skurczem przepony, który to atoli skurcz nie jest koniecznie potrzebny do wywołania napadu. Przy badaniu bowiem wziernikiem zdołał on stwierdzić podczas napadu dusznicy wyraźne zaczerwienienie błony śluzowej krtani i tchawicy aż do prawego oskrzela. Za przyczynę napadów uważano wreszcie jużto kryształki Charcota, odkryte przez Leydena w plwocinie podczas napadu, jużto skrętki Curschmanna. Według Goldschmidta dychawica jest cierpieniem przedewszystkiem nerwowem, polegającem na skurczu mięśni oskrzeli. Równocześnie przyjmuje on atoli osłabienie mięśni wydechowych, nad którymi mięśnie wdechowe podczas napadu biorą przewagę. Względne to osłabienie mięśni wydechowych ma być tak znaczne, że już nieznaczne ich przeciążenie, jak przy kaszlu, kichaniu, śmianiu się, a nawet kilka kroków zrobionych na równej drodze, zdoła zburzyć równowagę mechanizmu oddychania na niekorzyść mięśni wydechowych. W celu zaś wytłómaczenia równoczesnego rozdęcia płuc, przypuszcza Goldschmidt, iż skurcz nie obejmuje naraz wszystkich oskrzelków, lecz gdy jedne skutkiem skurczu mięśni nie dozwalają na dostęp powietrza do odpowiedniej części płuc, inne są drożne dla powietrza i w obrębie ich następuje rozdęcie płuc.

Pieniążek porzuca w zupełności teoryę skurczu i przyjmuje, że istota dychawicy polega na zmianach błony śluzowej oskrzeli, podobnych do spraw nieżytowych. Różnica jest ta, że w dychawicy błona śluzowa obrzmiewa o wiele silniej i że w przebiegu dychawicy nigdy nie dochodzi do tak silnej wydzieliny, jak przy nieżycie oskrzeli. Obrzmienie też w przebiegu dychawicy powstaje o wiele szybciej i obejmuje równocześnie o wiele większe i od siebie oddalone części błony śluzowej, nie potrzebując stopniowo (*per continuitatem*) ogarniać coraz dalszych przestrzeni, co spotykamy przy zwykłych nieżytach. Ma to być sprawa, leżąca w pośrodku pomiędzy czystem obrzmieniem a nieżytem, zbliżająca się raz więcej do jednego, drugi raz do drugiego. Że dychawica napadowa i nieżyt oskrzelowy nie są to sprawy zupełnie różne, dowodzi tego ta okoliczność, że w jednem i drugiem cierpieniu spotykamy te same zmiany anatomopatologiczne, że zmiany te występują w tym samym porządku, tylko ich natężenie jest różne. Przyczynę napadu w dychawicy upatruje Pieniążek w działaniu nerwów naczynioruchowych, podobnie jak to spotykamy w cierpieniu, znanem pod nazwą *oedema angioneuroticum* Strübinga lub w pokrzywce. Prawdopodobnie biorą tu udział także nerwy wydzielnicze. Nerwy te mogą już pod wpływem słabego bodźca (np. pewnych zapachów) wywołać obrzmienie błony śluzowej i to o wiele szybciej i z większem natężeniem, niż zwykłe bodźce zapalne. Za tym sposobem powstania napadu duszności przemawia także spostrzeżenie Pieniążka, iż podczas napadu obok obrzmienia błony śluzowej dolnych małżowin nosa, zauważyć także można często surowicze obrzmienie końców przednich małżowin średnich, które to obrzmienie po napadzie znika. Obrzmienie to może wystąpić nietylko na błonie śluzowej prawidłowej, pod wpływem nerwów naczynioruchowych; może ono wystąpić także w przebiegu nieżytowych zmian oskrzeli. Wynikiem tego będzie, iż lekki już nieżyt oskrzeli u pewnych osobników, skłonnych do dychawicy, wywołać może niestosunkowo wielką duszność. Dosyć często wreszcie spotykamy kombinacyę przewlekłego nieżytu oskrzeli z dychawicą napadową; kombinacya ta może być przypadkowa lub też nieżyt oskrzeli wystąpi jako wynik długotrwałej dychawicy. Spotkamy się wtedy z obrzmieniem błony śluzowej niestosunkowo znacznem, przy małej wydzielinie, równocześnie z powodu występującego od czasu do czasu silniejszego obrzmienia wystąpią typowe napady dychawicy. Tem działaniem nerwów naczynioruchowych w przebiegu przewlekłego nieżytu oskrzeli tłómaczą się te różne odmiany dychawicy napadowej i długość jej trwania. Znaczną duszność, wywołaną silnem i długotrwałem obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, a występującą w przebiegu ostrych nieżytów u ludzi, nie cierpiących zresztą na typową dychawicę napadową, w ten sposób, t. j. zaburzeniami w nerwach naczynioruchowych, tłómaczyćby należało. Jakiego rodzaju są te zaburzenia, trudno rozstrzygnąć. Pieniążek jest skłonny przyjąć, że powstają one skutkiem porażenia nerwów naczynioruchowych najdrobniejszych rozgałęzień żyłek oskrzelowych, w następstwie czego powstaje rozszerzenie żył, zastój krwi, przesięk do błony śluzowej i obrzmienie. Przyjmuje on także, że błona śluzowa w wielu, a nawet może we wszystkich przypadkach dychawicy, jużto samoistnie, jużto pod wpływem długotrwałych przewlekłych nieżytów, jest stale grubsza, stale obrzmiała, tak, że już nieznaczna przyczyna, zwiększając obrzmienie, zwęża tak znacznie światło oskrzeli, iż wywołać może znaczną bardzo duszność.

Odliczając przypadek Schröttera, Galebskyego i jeden mój, którego zresztą nie uważam za dychawicę, zawsze spotykałem zmiany na błonie śluzowej; objawiały się one zaczerwienieniem jako objawem stałym, obrzmieniem klinu podziałowego tchawicy, częściej klinów drugo- lub trzeciorzędnych i błony śluzowej tchawicy i oskrzeli. Zmian w oskrzelkach tą drogą stwierdzić nie można, przyjąć atoli należy, iż będą one analogiczne do zmian w oskrzelach głównych. Obok tego wykazała endoskopia nagromadzenie znacznych ilości śluzu. Mielibyśmy więc już trzy czynniki, t. j. zaczerwienienie, obrzmienie błony śluzowej, nagromadzenie się śluzu.

Gdyby napad duszności wywołany był skurczem mięśni gładkich oskrzeli, to przedewszystkiem spodziewaćby się można, iż endoskopia raczejby nasilenie jego zwiększyła, gdyby zaś pod wpływem endoskopii odruchowo nastąpić miał skurcz mięśni, to skurcz ten ustąpićby powinien szybko i równomiernie na całej przestrzeni płuc. Endoskopia tym-

czasem wykazała, że zmniejszanie się duszności występuje powoli, odpowiednio do uwalniania dróg oddechowych z nagromadzonego tamże śluzu i do działania kokainy z adrenaliną. W przypadku też pierwszym, opisanym przezemnie, wyraźnie stwierdzić można było, iż w pierwszej chwili po wprowadzeniu tracheoskopu duszność się wzmogła, ustępowała ona zaś powoli i stopniowo odpowiednio do uwalniania się oskrzeli z nagromadzonego śluzu i równoczesnego działania kokainy z adrenaliną. Działaniu kokainy z adrenaliną przypisać musimy wynik w przypadku trzecim. Mniej wybitnie spostrzegać to można było w innych przypadkach, co się tłomaczy tem, iż chorzy w chwili bronchoskopii nie odczuwali tak znacznej duszności, jak pierwszy.

Obserwacya chorych podczas bronchoskopii pozwoli nam także wyłączyć hipotezę o osłabieniu mięśni wydechowych, podczas niej bowiem występuje prawie zawsze silny kaszel z obfitem wydzielaniem śluzu.

Te dwa czynniki, t. j. uwolnienie dróg oddechowych z nagromadzonego śluzu i ustąpienie obrzmienia pod wpływem kokainy z adrenaliną, dostatecznie chyba tłómaczą ustąpienie duszności.

Ważne jest tu spostrzeżenie w przypadku czwartym, gdzie zadziałano tylko na oskrzele prawe, w jego też tylko obrębie ustąpiły objawy nieżytowe płuc, równocześnie odpowiednio do tego zmniejszyła się duszność.

Za zwykły nieżyt oskrzelowy przypadków opisanych uważać nie można; sprawa nieżytowa, szczególnie jeżeli trwa dłużej (sprawa chorobowa trwała u chorych moich czasem szeregi lat), wywołuje pewne zmiany anatomiczne, które w jednej chwili nie mogą ustąpić. Jeżeli atoli przyjmiemy w przypadkach tych kombinacyę dychawicy napadowej z nieżytem oskrzeli, to wtedy wyniki leczenia przy pomocy endoskopii staną się zrozumiałe, jeżeli odrzucimy oczywiście teoryę skurczu mięśni, a przyjmiemy teoryę obrzmienia. O ile z jednej strony dychawica przyczynia się do powstania nieżytu, to z drugiej strony nieżyt ułatwia powstanie napadów dychawicy. Jeżeli rozerwiemy ten związek, to równocześnie ustąpi szkodliwe oddziaływanie na siebie obu tych spraw. W przypadku pierwszym bieg cierpienia przedstawiałbym sobie, jak następuje: u chorego tego już w pierwszych latach dzieciństwa rozwinął się nieżyt oskrzelowy; chorobowo zmieniona błona śluzowa oskrzeli stanowiła już »miejsce mniejszej odporności« tak, że nieznaczny już bodziec zewnętrzny, wywołując nagle odruchowo silniejsze obrzmienie, łatwo wyzwalał napad dychawicy. Teraz następowało już szkodliwe wzajemne oddziaływanie obu tych cierpień, z jednej strony napady dusznicy szkodliwie oddziaływały na zmienioną już chorobowo błonę śluzową oskrzeli, z drugiej tenże nieżyt ułatwiał powstanie napadów. Tracheo- i bronchoskopia uwolniły drogi oddechowe z masy zalegającego śluzu, pod wpływem zaś kokainy i adrenaliny zmniejszyło się obrzmienie. W ten sposób rozerwano węzeł, łączący oba te cierpienia. Objawy nieżytu oskrzeli — choć w nieznacznym stopniu — jeszcze pozostały; duszność ustąpiła całkowicie. Druga już bronchoskopia stwierdziła ustąpienie obrzmienia w oskrzelach dla oka naszego widocznych; analogicznie do tego przypuszczać należy równoczesne zmniejszenie się obrzmienia i w oskrzelkach.

Na podstawie wyżej przytoczonych faktów uważałbym cierpienie, znane pod nazwą dychawicy napadowej, jako w istocie swej nie różne od nerwowego nieżytu (nieżyt wiosenny). Różnica leżałaby w tem, że w przebiegu tego ostatniego cierpienia pod wpływem różnych bodźców zewnętrznych zajęte zostają raz te, to znowu inne części błony śluzowej, a więc nietylko drogi oddechowe. Za pokrewne temu cierpieniu uważałbym: *Rhinitis vasomotoria nervosa*, *Hydrorrhoea nasalis*, nieżyt po zażyciu pewnych lekarstw, jak np. wymiotnicy i t. p.; cierpienia te różnią się tylko natężeniem i siedzibą zmian.

Pojęcie dychawicy napadowej określiłbym w sposób następujący: Dychawica napadowa jest cierpieniem nerwowem, odruchowem; wystąpienie jej związane jest z pewną chorobliwą pobudliwością narządu ośrodkowego w znaczeniu usposobienia (predyspozycyi); jest cierpieniem, gdzie pod wpływem najrozmaitszych bodźców, działających na różne punkta obwodowe, pod wpływem odruchowego zadziałania na nerwy naczynioruchowe występuje nagle przekrwienie, obrzmienie i wysięk na powierzchnię błony śluzowej oskrzeli. Dychawica przewlekła podtrzymywana jest przez nieżyt przewlekły, który niejednokrotnie uważać należy za cierpienie pierwotne.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Combe. **Zwalczanie drobnoustrojów gnicia azotowego w kiszkach przez wprowadzanie drobnoustrojów przeciwniczych.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 19). Dla t. zw. samozatrucia cechujące jest zmniejszanie się ilości drobnoustrojów sacharolitycznych w kiszce grubej, a wzmaganie się proteolitycznych, będących przyczyną gnicia. Dyeta mleczna i roślinna zawiera znacznie mniej ciał azotowych, a przez wytwarzanie kwasu mlecznego zmniejsza gnicie. Prócz regulacyi dyety możemy wpływać na florę kiszek przez sztuczne wprowadzanie hodowli drobnoustrojów, które wypierają bakterye gnilne. U niemowlęcia n. p., jak to wykazał Tissier, bardzo często przyczyną nieżytów kiszek jest *bacillus perfringens*, wywołujący pienistą, zielonawą biegunkę. W przypadkach takich znika z kiszek *bac. bifidus*. Wtedy najlepsze wyniki lecznicze oddaje dyeta; ograniczająca, ilość białka na korzyść węglowodanów (mleko, mączka), i zwalczanie *b. perfringens* przez antagonistę zapomocą podawania hodowli *bac. acidi paralactici Kosai*. Niestety zakażenie kiszek na tle proteolitycznych drobnoustrojów zwykle bywa mieszane, t. j. nie możemy wykazać pewnego dominującego gatunku drobnoustrojów. W tych przypadkach radzi Miecznikow wprowadzanie do ustroju w większej ilości drobnoustrojów, wytwarzających kwas mleczny *in statu nascendi*, dyetę mleczno-mączną, dalej wprowadzanie naturalnych zaczynów mlecznych (kefir) lub sztucznie sporządzonych fermentów mlecznych. Naturalne zaczyny mleczne są następujące: 1) Zwykłe skisłe mleko (zawiera obficie kwas mleczny i bursztynowy, a mało drobnoustrojów). 2) Wschodnie skisłe mleko (zawiera obficie sacharolityczne drobnoustroje, zwłaszcza t. zw. *bacillus massol*, zwalczający energicznie bakterye gnilne). 3) Bułgarskie mleko Joghourt (sporządzane z fermentu Maya), zawierające prócz wspomnianego wyżej drobnoustroju także pewną dwoinkę i paciorkowca sacharolitycznego. Przetwór ten w przemyśle wyrabiają także w postaci »bacilline Maya« w Montreux i »lakticose« w Genewie. Joghourt ma smak bardzo przyjemny, jest dobrym środkiem odżywczym, działa lekko przeczyszczająco i moczopędnie i odkaża znakomicie kiszki. Spożywa się go naczczo (300 grm) i wieczorem tyleż, ewentualnie wśród dnia z potrawami.

O wiele jednak pewniej zwalczać można gnicie w kiszkach przez wprowadzanie czystych hodowli drobnoustrojów. Odbywa się to zapomocą laktobacyliny Miecznikowa, biolaktylu Fourniera i paralaktycznego bulionu Tissiera. Głównym składnikiem laktobacyliny Miecznikowa jest wspomniany lasecznik Massol obok *bac. acidi lactis aerogenes*, a to z powodu, że sam *b. mas-*

sol rozkłada także tłuszcz i nadawałby mleku nieprzyjemny smak łojowaty. Laktobacylinę podaje się albo w płynie mlecznym, albo w bulionie, w proszku lub też w postaci pastylek. Biolaktyl Fourniera jest mieszaniną prątka Massol z paciorkowcem mlecznym, a paraliktyczny bulion Tissiera jest hodowlą prątka *b. acidi paralactici Kosai* z prątkiem *b. bifidus Tissier*. Przy używaniu wspomnianego bulionu poleca Tissier dyetę wyłącznie roślinną (kakao, chleb, jarzyny, owoce, miód i t. p.). Doświadczenia z tymi przetworami, przeprowadzone przez autora, przemawiają bardzo na ich korzyść, przyczem nie potrzeba zupełnie zachowywać dyety jarskiej, jak to radzi Tissier. Działanie drobnoustrojów mlecznych trwa zwykle jeszcze do dwóch tygodni, po przerwaniu ich używania. *A.*

Frank i Frink. **Przemiana materyi u dnawych i usiłowania wpłynięcia na nią.** (*Deutsche med. Wochenschrift* 1909, Nr 11). U dnawych nawet przy dyecie, nie zawierającej zasad purynowych, stwierdzamy próbą mureksydową nawet po dwóch miesiącach trwania dyety kwas moczowy we krwi; w związku z tem zaburzeniem przemiany wywóz kwasu moczowego po podaniu zasad purynowych nie odbywa się szybko, jak u człowieka zdrowego w przeciągu najwyżej 48 godzin, ale przeciąga się do kilku dni. Wartości spotykane u dnawych przy oznaczaniu kwasu moczowego w moczu są nizkie, najwyżej dochodzą do najniższych ilości, wydalanych przez człowieka zdrowego. Opierając się na tych znanych i stwierdzonych faktach, starali się autorowie stwierdzić wpływ 2—3 tygodniowego leczenia wodą wiesbadeńską na przemianę materyi u 3 osób, obarczonych dną. Dwu z tych chorych było robotnikami w kopalni ołowiu. Ilość podawanej wody wynosiła $2^1/_2$ litra na dobę. Próby wypadły niepomyślnie; tak przed, jak i po leczeniu stwierdzono charakterystyczne dla dny zaburzenia w wydalaniu kwasu moczowego, które po leczeniu ani co do natężenia, ani co do czasu nie uległy zmianie. *Dr Skórczewski.*

Prof. Kleine. **Dodatnie próby zakażenia świdrowcem Brucego przez muchę „glossina palpalis“.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 11). Autorowi powiodło się wywołać doświadczalnie chorobę »nagana« u zwierząt przez muchę *glossina palpalis*, uprzednio zakażoną świdrowcem Brucego. Zakażenie wywołano przez karmienie trzydniowe (raz dziennie) 50 much na zwierzętach zakażonych. Po 3 dniach zaczęto muchy karmić codziennie na innem zdrowem zwierzęciu. Jednak dopiero od 39. do 50. dnia zwierzęta ulegały zakażeniu, w 5—12 dniach po karmieniu stwierdzano świdrowce we krwi. Autor jest zwolennikiem teoryi o płciowym rozwoju świdrowców w ciele muchy (Koch) i tem tłómaczy sobie tak późno występującą możność zakażenia. Doświadczenie autora jest stanowczem stwierdzeniem możliwości zakażenia się świdrowcem Brucego za pośrednictwem *glossina palpalis*. Przy sposobności nadmienia autor o trudnościach, jakie przechowywanie rzeczonych much przedstawia. Przechowywał je w naczyniach nad brzegiem rzeki, w krzakach lub wilgotnych miejscach, karmił je raz dziennie, przyczem stwierdził, że krew ciepłokrwistych jest ich ulubioną strawą. Tylko w ostateczności karmią się te muchy krwią kajmanów. Stąd też sądzi K., iż dla pokonania »nagany« znacznie mniejsze znaczenie ma tępienie kajmanów, niż osuszanie brzegów rzek i wycinanie krzewów wzdłuż nich rosnących. Obecnie stara się autor rozporządzać materyałem much, niewątpliwie wolnych od zakażenia, to znaczy wyhodowanych przez siebie z poczwarki. Napotyka to jednak na znaczne trudności. *Dr Skórczewski.*

Hoffmann. **Nawrót trzeciaczki po zimnicy podzwrotnikowej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1909, Nr 11). Autor obserwował u 15-letniego marynarza, leczonego z powodu zimnicy podzwrotnikowej, po 10. dniach nawrót w postaci typowej trzeciaczki. Badanie krwi stwierdziło w pierwszej chorobie jedynie pasorzyty zimnicy podzwrotnikowej z gametami, w drugiej jedynie pasorzyty trzeciaczki. Nakłucia śledziony z powodu niebezpieczeństwa, wynikającego z zabiegu, H. zaniechał. Autor sprzeciwia się zapatrywaniu Plehna co do możliwości przechodzenia postaci podzwrotnikowej w trzeciaczkę, uważa je za nieudowodnione, i skłonny jest tłómaczyć swój przypadek zakażeniem mieszanem, w którem pasorzyty to jedne, to drugie z powodu przyczyn zewnętrznych rozwijają się silniej. Za zapatrywaniem tem przemawia ta okoliczność, że leczeniu chininą podczas pierwszej choroby nie poddały się pasorzyty trzeciaczki, które są wobec niej znacznie odporniejsze, a pasorzyty postaci podzwrotnikowej znikły z krwi zupełnie. *Dr Skórczewski.*

Prof. Nocht. **Leczenie zimnicy.** (*Deutsche med. Wochs.* 1909, Nr 12). Poza chininą nie mamy leków dla zimnicy swoistych; stąd leczenie polega tylko na stosowaniu chininy. Autor przekonał się, stosując codziennie dawki jednogramowe naraz u 173 chorych, następnie u 203 chorych dawki 0·2 gr 5 razy dnia, iż leczenie małemi dawkami nietylko dłużej nie trwało, ale o 5 dni krócej, gorączka szybciej znikała, a również pasorzyty zimnicy łatwiej ginęły ze krwi. Ponieważ przy stosowaniu małych dawek objawy poboczne, jak szum w uszach i t. d., są znacznie rzadsze, przeto autor u wszystkich chorych stosuje obecnie dawki małe. Około 7 dni podaje N. chininę codziennie, następnie przerwa, 3, 4, 5, 6, a wreszcie 7 dni, między 2 przerwami 3-dniowe podawanie 5 dawek 0,2 gr chininy dziennie. Najchętniej używa N. chininy czystej, lub chlorku chininy; słabsze w działaniu, choć lepsze w smaku są garbnikan chininy i euchinina. Zastąpić chininę można jedynie błękitem metylenowym, również w dawkach 0,1—0,2 pięć razy dnia. W czasach ozdrowienia dobre usługi oddaje żelazo i arsen. Podskórnie lub śródmięśniowo wstrzykuje N. chlorek chininy według przepisu Giemsy: *Chinin. murial. 10,00 Aq. dest. 18,00, Aethylurethan 5,00.* Uretan działa w tym rozczynie rozpuszczająco na chininę. Przeciw wymiotom poleca N. nalewkę jodową (1 kropla na szklankę wody), chloroform, przepłukiwanie żołądka, obok leczenia swoistego. Po wyleczeniu zimnicy pozostałe objawy nerwowe w postaci bezsenności, apatyi i t. p. leczy się najlepiej pobytem w górach. Materyał autora dotyczy prawie wyłącznie zimnicy podzwrotnikowej. *Dr Skórczewski.*

Rolly. **O pożytku i szkodliwości ciepłoty gorączkowej w przebiegu chorób zakaźnych.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 15). Aby rozjaśnić tę sprawę, musiano się uciec do doświadczeń na zwierzętach i obserwować je podczas ogrzewania w zamkniętej przestrzeni, bez poprzedniego zakażenia, po poprzedniem zakażeniu, wreszcie zwierzęta jedynie zakażone, nieogrzewane. Pokazało się, że podniesiona ciepłota ma na ogół więcej stron dodatnich, niż ujemnych dla zakażonego ustroju. Zwyrodnienie miąższowe narządów wewnętrznych odnieść bowiem należy przeważnie, jeśli nie wyłącznie, do samego zakażenia, a nie do podwyższonej ciepłoty. Tosamo da się powiedzieć o zmianach czynności układu nerwowego i porażeniu ośrodków naczynioruchowych. Tworzenie się substancyi ochronnych (bakteryolizyny, antytoksyny) jest w wyższej ciepłocie raźniejsze, tożsamo żerna (fagocytarna) zdolność ciałek białych, ta jednak właściwość słabnie przy bardzo podniesionej ciepłocie (powyżej 40°). Z drugiej jednak strony nie ulega wątpliwości, że podwyższona ciepłota sama przez się wyczerpuje serce i ośrodek oddechowy i przyczynia się do rozpadu ciałek czerwonych. Należy więc ze względu na tę okoliczność indywidualizować i wobec osłabionego serca i wyczerpanego ośrodka oddechowego starać się obniżyć nieco ciepłotę (środki przeciwgorączkowe i zabiegi wodolecznicze), co zwłaszcza, gdy chodzi o wyższe stopnie ciepłoty, jest i ze względu na sprawę fagocytozy nieobojętne. *Dr M. Godlewski.*

Krencker. **Aglutynacya durowa w przebiegu gruźlicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 20). Autor spostrzegał niejednokrotnie zjawisko to w daleko posuniętej gruźlicy płuc, przestrzega zatem przed przywiązywaniem do tej próby bezwzględnej pewności rozpoznawczej. *Dr M. Godlewski.*

Huismans. **O zwolnieniu tętna i zbiorze objawów Stokes-Adamsa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11 i 12). O zwolnieniu tętna mówimy wtedy, jeżeli liczba uderzeń na minutę jest niższa od 60. Rozróżnić należy zwolnienie prawdziwe (*bradycardia vera*) od rzekomego (*b. spuria*), gdzie skutkiem słabych skurczów serca, niektóre fale giną i do obwodu nie dochodzą. Prawdziwe zwolnienie tętna, występujące po chorobach zakaźnych w okresie zdrowienia, nie jest jeszcze co do swej przyczyny wyjaśnione. Gdy jedni widzą w niem objaw podnoszącego się skutkiem zdrowienia ciśnienia, to inni utrzymują, że zwolnienie to jest wyrazem działania toksyn na narząd nerwowy serca, lub skutkiem ostrego zapalenia mięśnia sercowego, wywołanego przez samą chorobę zakaźną.

Zbiór objawów Stokes-Adamsa jest wywołany przerwą w przenoszeniu się skurczu z przedsionków na komory. Skutkiem tego zwolnienie ruchów serca dotyczy wyłącznie skurczu komór; przedsionki, — co widać, gdy obserwujemy żyły szyjne, — kurczą się prawidłowo, znacznie częściej, niż komory. Przyczyną sprawy mają być zmiany włókien Hisa, ośrodków nerwowych serca, lub zmiany w ścianie komory. Wpływ czynności nerwu współczulnego widoczny jest z tego, że wpływy psychiczne często wywołują napad. Drgawki i utrata przytomności jest częstym, ale nie stałym objawem. W czasie wolnym od napadu częstość tętna może być nawet prawidłowa, częściej bywa tętno zwolnione. Zwolnienie to potęguje się w czasie samego

napadu. Zależność sprawy od zmian czynności kory mózgowej, wywołanej stwardnieniem tętnic mózgu, zdaje się nie być bez wpływu na powstawanie tego rzadkiego zbioru objawów.

Dr M. Godlewski.

Raab. **W sprawie ostrego rozszerzenia serca skutkiem wyczerpania.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11). Dawne twierdzenie, którego i dzisiaj Schott jeszcze uparcie się trzyma, że serce na trudy fizyczne oddziaływa rozszerzeniem, podały w wątpliwość doświadczenia Moritza, dowodzące zmniejszenia się, i to znacznego, serca po silnem fizycznem zmęczeniu. Badania, przedsięwzięte przez Raaba, potwierdzają w zasadzie poglądy Moritza, że zwłaszcza podatne serca ludzi młodych zmniejszają się w tych warunkach. Nie podziela jednak Raab zdania Moritza, aby tego rodzaju ćwiczenie serca było zawsze dla niego korzystne. Jeśli bowiem serce przez poprzednie leczenie nie jest przygotowane, to nieraz po zmniejszeniu pojemności serca następuje jego rozszerzenie. Nie da się też wyłączyć, że niektóre serca oddziaływają na trudy fizyczne wprost rozszerzeniem. Ciekawa jest skłonność do rozszerzenia serca u ludzi nerwowych.

Dr M. Godlewski.

Hering. **O przemiennej niedomykalności zastawki dwudzielnej i o t. zw.** *cor alternans.* (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 11). Jak to wykazały badania Galliego, występuje przy t. zw.: *cor alternans* naprzemian silniejsza i słabsza fala tętna. W czasie jedynie powstawania fali słabszej powstaje szmer skurczowy nad podstawą serca. Galli przypuszcza, że powodem jego jest słabsze kurczenie się mięśni brodawkowych, co wywołuje chwilową niedomykalność zastawki dwudzielnej. Zdaniem Heringa twierdzenie to uważać należy za nieudowodnione; niedostateczne bowiem kurczenie się pierścienia komorowo-przedsionkowego może równie dobrze dać powód do tego samego objawu.

Dr M. Godlewski.

Bruns. **Od jakich czynników zależy wielkość serca.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 20). Fizyologicznie istnieje ścisły związek serca z rozwojem mięśni. Stosunek ten może być zachwiany, skutkiem nadmiernego rozrostu serca w stosunku do rozwoju narządu mięśniowego; jest to jednak objaw chorobowy, niefizyologiczny. Nadmierne wprowadzanie płynów, nawet przez czas dłuższy (moczówka prosta), samo przez się nie stanowi przyczyny przerostu serca, potrzeba do tego jeszcze innych czynników, a mianowicie, aby płyn ten zawierał substancye, podnoszące parcie (alkohol zawarty w piwie), i to tylko łącznie z innymi warunkami, zwiększającymi pracę serca, jak zbyt forsowne odżywienie i wyczerpująca praca fizyczna. Tym wszystkim czynnikom razem wziętym należy dopiero przypisać przerost serca u piwoszów (Bierherz). W okresie pokwitania, gdy narządy wewnętrzne są bardzo pobudliwe, mogą warunki usposabiające do często się ponawiającego bicia serca wywoływać jego przerosty (Wachstumhypertrophie). Zrosty i rozedma wywołują przerosty serca prawego, co autor dokładnie tłómaczy. Mniej stosunkowo znany, chociaż nierzadki, jest przerost prawego serca przy wolu, usposabiającym niewątpliwie skutkiem wywołanego zwężenia tchawicy — do rozedmy. *Dr Maryan Godlewski.*

Rossbach. **W sprawie stwardnienia brzusznej części aorty.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 19). U 43-letniej kobiety spostrzegał autor bole stałe w brzuchu, nasilające się od czasu od czasu. Zawroty głowy częste. Niemożność dłuższego chodzenia z powodu bolu w kończynach, w tychże stałe uczucie ciężkości. Sekcya wykazała rozległe zmiany miażdżycowe, dotyczące wyłącznie brzusznej części aorty, oraz tętnicy biodrowej wspólnej, jakoteż znaczny przerost serca, który należy odnieść wyłącznie do zmian miażdżycowych w aorcie, gdyż w nerkach nie było przewlekłych zmian zapalnych. *Dr M. Godlewski.*

Dreesmann. **Rozpoznawanie i leczenie zapaleń trzustki.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 14). Autor stoi na stanowisku, że rozpoznanie tego cierpienia w największej liczbie przypadków jest możliwe. Choroba rozpoczyna się nagle bolami w okolicy żołądka. Bole te rozpromieniają się najczęściej ku stronie lewej, do krzyża, lewej łopatki, często do lewej nogi. Ucisk okolicy trzustki jest bolesny, wzmagają się też bole podczas trawienia. Wymioty żółciowe są częste, wyjątkowo spotyka się drgawki, a nawet objawy skazy krwotocznej. Tętno słabe, cera ciemno-ziemista, stan z reguły bezgorączkowy, stolec zaparty, a jeśli odchodzi, to zawiera dużo tłuszczu niezmienionego (*steatorrkoea*), włókna mięsne niestrawione i 'ferment' trzustkowy. Brzuch wzdęty; guz, który nie łatwo wyczuć, pochodzi od wysięku zapalnego surowiczo-krwawego w okolicy chorego narządu. W jamie brzusznej często płyn tej samej przyrody. Objawy przewlekłego zapalenia trzustki zdają się być mniej charakterystyczne. — Rokowanie bardzo wątpliwe; leczenie operacyjne. *Dr M. Godlewski.*

Cecani. **Sól (kuchenna) jako przyczyna mocznicy.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 10). Najnowsze badania (Ostwald, Loeb) wykazują, że żywe komórki ustroju potrzebują, jako środowiska, płynu, w którem nie jedna, ale kilka soli chemicznych w pewnym stosunku jest rozpuszczonych. Jeżeli rozpuszczona jest jedna tylko sól, to jest to środowisko nieodpowiednie, zwłaszcza zaś chlorek sodu okazuje w tym względzie szczególnie zabójcze właściwości. Szkodliwe działania jednak usuwają cząsteczki innych rozpuszczonych soli ($CaCl_2$ i HCl). Istnieje pewien antagonizm między działaniem jonów metali (kationy) i metaloidów (aniony), a wynikiem jego jest stworzenie ustrojowi żyjącemu korzystnego podłoża. Taka też korzystna dla ustroju sytuacya istnieje niewątpliwie w ustroju zdrowym, inaczej jednak ma się rzecz w stanach chorobowych.

Najnowsze badania, zwłaszcza autorów francuskich, wykazały niezbicie, że przy podupadaniu czynności nerek, cierpi przedewszystkiem ich zdolność wydzielania chlorku sodowego, pomimo, że zdolność wydzielania innych soli, albo żadnemu, albo przynajmniej słabszemu zaburzeniu ulega. Powstają więc warunki nieprawidłowe, gdyż komórki ustroju znajdują się w środowisku, dla siebie nieodpowiedniem, przesyconem niejako solą kuchenną, której zabójczego wpływu nie zobojętniają już rozpuszczone inne sole, gdyż te sole wydzielają się prawidłowo. Autor wyraża przypuszczenie, że nieprawidłowa skutkiem już nieodpowiedniego podłoża czynność komórek, zwłaszcza układu nerwowego, dać może powód do groźnych objawów, znanych z obrazu mocznicy. *Dr M. Godlewski.*

Hildebrandt. **O pojawianiu się i znaczeniu urobiliny.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 14 i 15). Pod wpływem redukcyjnego działania bakteryi przewodu pokarmowego wytwarza się z bilirubiny urobilina. Jedynie w wyjątkowych razach przy ropnem zapaleniu dróg żółciowych przemiana ta odbywa się nie w przewodzie pokarmowym, ale w samych drogach żółciowych. Urobilina, doprowadzona przez żyłę wrotną do wątroby, ulega tamże wessaniu. Czy, jak twierdzi Beck, zostaje znowu przez komórki wątrobne zmieniona na urobilinę, rozstrzygnąć na pewne dotąd się nie udało. W warunkach tedy prawidłowych pojawiają się w moczu tylko drobne ślady urobiliny.

Inaczej ma się rzecz wtedy, gdy wskutek zmian chorobowych komórki wątroby utracą możność wchłaniania doprowadzanej im przez żyłę wrotną z przewodu pokarmowego urobiliny; pojawi się ona wtedy w moczu w większej stosunkowo ilości, dając po zmieszaniu moczu w próbówce w równych częściach z 10% alkoholowym rozczynem octanu cynkowego po 24 godzinach wyraźną fluorescencyę. Stąd to stwierdzamy zwiększenie się urobiliny w miąższowem zwyrodnieniu wątroby w przebiegu chorób zakaźnych, dalej zwiększa się urobilina w marskości wątroby; natomiast sprawy, zmieniające miąższ wątroby na nieznacznej tylko przestrzeni (ropień, nacieki białaczkowe), nie dają do tego powodu. We wszystkich tych razach spotykamy zwiększenie się urobiliny w moczu, skutkiem tego, że zmienione komórki miąższu wątrobowego utraciły zdolność wchłaniania urobiliny (istotna niedomoga wątroby). Ale jest jeszcze inna przyczyna zwiększania się urobiliny w moczu. Wszelkie stany chorobowe, które wiodą do zwiększonego rozpadu krwinek, dają tym sposobem powód do zwiększonej produkcyi bilirubiny w żółci (*polychromia*). Wątroba, zupełnie nawet prawidłowa, nie może wchłonąć urobiliny, powstającej z bilirubiny w nadmiernej ilości. Tu więc wydzielanie się większej ilości urobiliny w moczu jest wypływem jedynie względnej niedomogi wątroby.

Brak zupełny urobiliny w moczu spotykamy wtedy, gdy produkcya bilirubiny skutkiem zaniku komórek miąższu wątroby jest upośledzona (zanik żółty wątroby, znaczne zmiany skrobiowate) lub, gdy żółć, a z nią i bilirubina i biliwerdyna zupełnie się do przewodu pokarmowego nie dostaje (niedrożność dróg żółciowych), wreszcie gdy w przewodzie pokarmowym brak bakteryi redukujących (u osesków). Badaniu moczu co do bilirubiny przypisuje autor wogóle pierwszorzędne znaczenie.

Dr M. Godlewski.

Schurig. **Przyczyna, wywołująca zmiany krzywicze, spostrzegane na klatce piersiowej.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 10). Ponieważ piastunka nosi dziecko na ręce lewej i ponieważ to dziecko ma skłonność pochylać się ku przodowi, podtrzymuje je stale prawa ręka piastunki w ten sposób, że wielki jej palec ugniata na prawą pachę dziecka, a reszta palców spoczywa na przedniej i lewej bocznej powierzchni klatki

piersiowej dziecka. Stąd powstaje wgniecenie od silnie gniotącego palca wielkiego piastunki, widoczne nieraz jeszcze u dorosłego niżej sutka prawego. *Dr M. Godlewski.*

Neurologia i psychiatria.

Plaut i Fischer. **Związek kiły ze zniedołężnieniem porażnem.** (*Allgem. Zeitschr. f. Psych.* T. 65, Z. 2). Pod powyższym tytułem podali autorzy wspólny referat na rocznem Zgromadzeniu niemieckiego Tow. psychiatrycznego w Kolonii w d. 23. i 24. kwietnia r. b. Plaut, który opracował stronę kliniczną i rozpoznawczą sprawy, dochodzi do następujących wniosków: 1) Bez kiły poprzedzającej niema zniedołężnienia porażnego. 2) Nie jest nieprawdopodobnem, że jeszcze podczas wybuchu zniedołężnienia w ciele chorego znajduje się zarazek kiłowy, t. j. że paralitycy są przenosicielami krętków. 3) Niema wystarczających powodów do przyjęcia t. zw. »syphilis à virus nerveux«. 4) Okoliczność, że u kiłowych, którzy w przyszłości zapadają na zniedołężnienie porażne, przebieg kiły jest zwykle łagodny, pozwala przypuszczać, że jednym z warunków następczego zjawienia się zniedołężnienia jest niedostateczna działalność czynników ochrony przeciw zarazkowi. 5) Próby ustalenia związku pomiędzy dziedzicznością, względnie zwyrodnieniem, a usposobieniem do zniedołężnienia dotychczas są niewystarczające, i zachodzi wogóle pytanie, czy istnieje w danym przypadku jakiekolwiekbądź usposobienie mózgowe. 6) Wpływy zewnętrzne, jakoto alkoholizm, uraz, czynnościowe natężenia, nie odgrywają tutaj żadnej zasadniczej roli, a są jedynie czynnikami wywołującymi, powodując obniżenie cielesnej i psychicznej odporności. 7) Różnolitość objawów nerwowych polega, zdaje się, nie na różnicach jakościowych krętków, ale jedynie na różnicy oddziaływania zakażonego narządu, na pewnem »przeinaczeniu« (Umstimmung) oddziaływania. Przeinaczenie to prowadzi do objawów trzeciorzędnych już w niewielkiej ilości odsetek, a prawdopodobnie dopiero dalsze przeinaczenie do zniedołężnienia porażnego. Nic więc dziwnego, że taka mała liczba kiłowych ulega zniedołężnieniu porażnemu. 8) Prawdopodobnem jest, że zjawienie się zniedołężnienia porażnego poprzedzają przygotowawcze przewlekłe sprawy kiłowe, nie mamy jednak dotychczas żadnych pewnych danych co do ich lokalizacyi. Długa przerwa pomiędzy zakażeniem, a wybuchem porażenia może w tem przypuszczeniu znaleźć wytłómaczenie. 9) Brak działania rtęci przy zniedołężnieniu porażnem nie może przemawiać przeciw ścisłemu związkowi tego schorzenia z kiłą, ponieważ farmakologiczne działanie rtęci wogóle nie jest znane. 10) Rozstrzygnięcie sprawy, czy zmiany porażne są zmianami kiłowemi, zależy w pierwszym rzędzie od anatomów. 11) Wyniki badania serodyagnostycznego przemawiają za bardzo ścisłym związkiem pomiędzy porażeniem postępowem i kiłą, ponieważ jednak obecnie niemożliwem jest określenie biologiczne substancyi oddziaływających, pozostaje więc oczekiwać rozstrzygnięcia z tej strony. Fischer, przedstawiając anatomiczną stronę zagadnienia, dochodzi do wniosków następujących: 1) Zmiany mózgowe w porażeniu postępowem są dobrze znane, jednakowoż jedynie ich zespół przemawia z całą pewnością za tą chorobą. 2) Sprawa histopatologiczna polega na zaniku miąższu (Parenchymschwund) w połączeniu z przewlekłem zapaleniem, przyczem jedno od drugiego jest niezależne. 3) Histopatologia powinna przedewszystkiem rozstrzygać o klinicznem pojęciu zniedołężnienia porażnego. 4) Klinicznie można odróżniać 4 odmiany zniedołężnienia: zniedołężnienie zwykłe, typu Lissauera, czyli ogniskowe, nietypowe i trwałe (stationäre). 5) Tymczasowo anatomiczne zmiany przy zniedołężnieniu mogą być uważane za niebezpośrednio-kiłowe.

Nelken (Burghölzli).

Meyer E. **Przyczynek do badania płynu mózgowo-rdzeniowego.** (*Neur. Centr.* 1909, Nr 8). M. zbadał cytodyagnostycznie 100 przypadków, przeważnie zapomocą metody francuskiej, chemicznie zapomocą siarczanu magnowego lub próby Nonnego. Wyniki: Porażenie postępowe 41 przypadków; 2 razy wątpliwa pleocytoza przy dodatnim odczynie białkowym ośrodkowego układu nerwowego. Kiła 5 przypadków, pleocytoza i odczyn białkowy wszędzie dodatni; w 3 przypadkach próba Nonnego bardziej wybitna, niż próba z siarczanem magnu. 13 przypadków ze starą lub świeżą kiłą, bez schorzenia organicznego: pleocytoza i odczyn białkowy dodatni tylko w jednym przypadku (zniedołężnienie przedwczesne, kiła III-rzędna narządów wewnętrznych, po roku śmierć wskutek udaru mózgowego). 10 przypadków psychoz i nerwic bez kiły: wynik wszędzie ujemny: na 12 przypadków w 4 wynik dodatni, przyczem w 2 przyp. pleocytoza ujemna, odczyn białkowy dodatni, a w jednym pleocytoza dodatnia, próby Nonnego nie robiono. Miażdżyca tętnic: 3 przypadki; w jednym próba dodatnia z siarczanem amonu, zresztą wszystkie próby ujemne. Guz mózgu, 1 przypadek (pewny), 2 próby; próba z siarczanem magnu obydwa razy dodatnia, pleocytoza, raz niepewna, raz pewna. M. radzi stosować badanie cytodyagnostyczne, zwłaszcza wespół z fazą I. Nonnego. Odczyn Wassermanna stosował M. tylko w 1 przypadku kiły ośrodkowego układu nerwowego, przyczem dostał zarówno z surowicy, jak i z płynu mózgowo-rdzeniowego wynik dodatni. *Nelken* (Burghölzli).

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.
Posiedzenie dnia 3. maja 1909.

1) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę p. T. Koźniewskiego p. t.: **Jodowe pochodne alkaloidów chinowych.** Przez działanie rozczynu jodu w CS_2 na alkoholowe roztwory wolnych zasad: cynchoniny i chinidyny (konchininy) autor otrzymał dwujodowe pochodne powyższych alkaloidów, ciała trwałe, krystaliczne, koloru czerwonawo-pomarańczowego. W alkoholowych rozczynach związki te reagują z jodkami alkilów, dając pochodne, należące do szeregu nadjodków. Z reakcyi tej dają się wysnuć pewne wnioski co do konstytucyi nadjodków. Dalej autor otrzymał analogiczne dwujodopapawerynę, dwujodoberberynę, dwujodotebainę. Reakcya ta daje więc szereg alkaloidów, zawierających rdzeń chinolinowy, izochinolinowy lub fenantrechinolinowy. Morfina, kodeina, weratryna, kolchicyna, akonityna nie okazują tej reakcyi.

2) Czł. L. Marchlewski przedstawia pracę pp. J. D. Borkowskiego i Z. Szymanowskiego p. t.: **Aglutynacya i hemoliza krwinek zapomocą soli metali ciężkich.** Badania, oparte na obfitym materyale, wykazały, że pomiędzy zdolnością aglutynacyjną i hemolityczną soli metali ciężkich, a powinowactwem chemicznem, wartościowością i koncentracyą odpowiadającą elektrolitycznemu ciśnieniu ionów nie zachodzi związek. Najwybitniejszą zdolnością hemolityczną odznaczają się sole srebrowe; w pewnej określonej dla każdej soli srebra koncentracyi zaglutynowane ciałka nie opadają na dno. Zaglutynowane ciałka pomimo zmienionej czekoladowej barwy, okazują obecność oksyhemoglobiny. KCN w stężeniach mniejszych, niż te, które wywołują hemolizę, ma własność uczulania krwinek, to znaczy czyni je wrażliwemi na działanie związków normalnie pod tym względem obojętnych.

(Treść 5 innych prac, przedstawianych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.
Posiedzenie d. 2. czerwca 1909.

Przewodniczy Prof. Dobrowolski. Obecnych członków 41.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Prof. Lewkowicz wygłosił odczyt: **O gruźlicy u dzieci.**

Dyskusya: Kol. Eisenberg podnosi wielkie znaczenie spraw odporności i nadwrażliwości, omawianych przez prelegenta, dla pojmowania mechanizmu zakażenia gruźliczego u człowieka, sądząc, że przedstawiają one najważniejsze zagadnienie dla przyszłych badań. Badania Detrego, Fingera i Landsteinera wykazały, że zupełna odporność chorych kiłowych wobec powtórnego zakażenia właściwie nie istnieje, że występują tylko zmiany poronne o charakterze tych zmian, które w danym okresie choroby samoistnie się ujawniają. Możnaby tedy, jak to E. zaznaczył już w swoim odczycie, uważać objawy wtóro- i trzeciorzędne, jako objawy »innoczynności« ustroju zakażonego wobec przerzutów własnego zarazka. Podobnie i w gruźlicy ustrój zakażony oddziaływa na ponowne zakażenie inaczej, niż dziewiczy (Koch, Bail, Römer, Marmorek i inni), a zmienione to oddziaływanie objawia się albo względną odpornością wobec ponownego zakażenia (przewlekłość zmian), albo gwałtowną nadwrażliwością (»suchoty galopujące«), zależnie od ilości, a może i jadowitości powtórnego zakażenia. Na podstawie teoryi Wolff-Eisnera i Nicollea możnaby zagadkowe współistnienie odporności i wrażliwości w stanie »innoczynności« (allergii) wytłómaczyć w ten sposób, że ustrój pod wpływem zakażenia wytwarza ciała bak-

teryobójcze. Gdy powtórnie wprowadzimy małą ilość zarazka, ustrój rychło go zabije (rozpuści?), a wyzwolone przytem jady wśródkomórkowe w nieznacznej ilości niewiele mu zaszkodzą. Gdy zaś wprowadzimy wielką ilość zarazka, znowu zostanie on rychło zabity, ale tym razem znaczną ilość wyzwolonego jadu zabije sam ustrój (analogia z. t. »jałową śmiercią« świnek, uodpornionych przeciw cholerze, przy zakażeniu wielkiemi dawkami). Jeżeli w myśl tych poglądów, jak również w myśl nowszych poszukiwań anatomopatologicznych i klinicznych przyjąć, że gruźlica wieku dojrzałego jest tylko ostatnim aktem dramatu, który się rozpoczął w dzieciństwie, to oczywiście w tym kierunku trzeba będzie przedewszystkiem skierować usiłowania zapobiegawcze i lecznicze. Możnaby może pomyśleć o wzmożeniu naturalnych objawów samoobrony ustroju przez odpowiednie uodpornianie (nową tuberkuliną Kocha?), możliwie najwcześniej i najostrożniej. Może w ten sposób uda się uzyskać odporność trwałą, mogącą przetrwać aż do wieku dojrzałego i zabezpieczającą ustrój przed zgubnymi skutkami ponownego zakażenia w tym wieku. (Streszczenie własne).

Prof. Kader zwraca uwagę na rokowanie w gruźlicy; gruźlica dziecinna daje dobre rokowanie. Dalej zwraca uwagę na zabieg podany przez Hanscha. Kol. Herman Hirsch zapytuje, czy tuberkulina, nie odpowiednia do szczepu zarazków, nie może przynieść szkody. Co do rozpoznania gruźlicy gruczołów, to mowca zwraca uwagę na wielką wrażliwość prób Pirqueta, Calmettea, tak, że próby te nie mogą dawać miary. Kol. Eisenberg odpowiada, że co do biologii szczepów zarazków, sprawa dotąd jest hypotetyczną. W najnowszych czasach proponowano stosowanie t. zw. »Mischtuberkulin«. Mowcy nie zdaje się jednak, by tuberkulina obcego typu mogła szkodzić. Kol. Merz kładzie nacisk na rentgenoskopię, która dobitnie wykazuje zmiany w gruczołach oskrzelowych. Prof. Lewkowicz daje wyjaśnienia w sprawie odporności. Rokowanie jest w pierwszych latach niekorzystne, w latach szkolnych zaś o wiele lepsze, niż u dorosłych. Co do działania tuberkuliny, to mowca godzi się na pogląd kol. Eisenberga.

Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 4. czerwca 1909.

I. Kol. Prof. Łukasiewicz przedstawia: *a)* chorego, 62. l., **z mnogimi mięsakami skóry** (*sarcomaidiopathicum multiplex cutis* Kaposi). Sprawa trwa przeszło od roku; w przypadku tym należy podnieść dobre wyniki leczenia arszenikiem. Kol. Reis przedstawia fotografie stereoskopowe z powyższego chorego. *b)* 42-letnią chorą **z pęcherzycą** (*pemphigus pruriginosus ad foliaceum tendens*). Stosowanie kąpieli dziegciowej dało tu bardzo dobre wyniki. W dyskusyi potwierdza kol. Prof. Rydygier, z własnego doświadczenia, znakomite działanie tychże kąpieli.

II. Kol. Hołodyński przedstawia 62-letniego chorego, u którego nastąpiło **samoistne wessanie zaćmy** starczej przy nieuszkodzonej torebce na lewem oku. W dyskusyi mówi kol. Reis o lentotoksynach Romera, jako przyczynie zaćm soczewkowych, oraz o stosowanem przez niego podawaniu soczewek zwierzęcych, a to celem niszczenia owych lentotoksyn. Kol. Doc. Szulisławski wspomina o samoistnem usunięciu obustronnej zaćmy u chorego wskutek zwichnięcia soczewek, które nastąpiło po nagłym urazie.

III. Kol. Toczyski przedstawia chorą 30-letnią, **rażoną piorunem**. Zmiany na powiece górnej, rogówce i brwi po stronie lewej (przebicie powieki, zranienie rogówki i spalenie brwi). W dyskusyi powątpiewa kol. Prof. Schramm, czy znalezione zmiany pochodzą od pioruna, piorun bowiem nie wywołuje ran dartych bez oparzenia, — a przekonał się o tem mowca na ludziach, którzy napewno byli rażeni piorunem. To zdanie popiera kol. Prof. Kadyi. Za tem, że zmiana przedstawiona pochodzi od uderzenia pioruna, przemawia, zdaniem kol. Prof. Macheka, wejrzenie rany; co do braku oparzenia, to mowca zwraca uwagę, że chora zgłosiła się w kilka dni po wypadku. Również tak samo sądzi kol. Obtułowicz.

IV. Kol. Prof. Machek przedstawia 2 przypadki, w których **wydobyto z oka odłamki żelaza** (odpryski narzędzi) zapomocą elektromagnesu Haaba. Jeden odprysk ważył 0,004 gr., drugi 0,016 gr.

V. Kol. Rydygier (jun.) przedstawia fotografie Röntgena, bardzo dobrze zrobione, gdzie wskutek błędnej interpretacyi rozpoznano u dziecka zapalenie stanu biodrowego i zupełnie niepotrzebnie w tym kierunku dziecko to leczono.

VI. Kol. Prof. Rydygier mówi **o wczesnych operacyach wyrostka robaczkowego** i okazuje 3 wyrostki, gdzie mimo bardzo krótkiego czasu od wystąpienia pierwszych objawów zmiany anatomiczne były już bardzo rozległe. Przypadki te wykazują, jak może uratować chorego wczesna operacya.

VII. Kol. Prof. Herman omawia przez siebie operowany **przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego**, w którym operacya, wykonana po 12 dniach choroby, wykazała obecność rozległego cuchnącego ropnia, idącego aż do nerki prawej i samoistne oddzielenie się całego zgorzelinowego wyrostka tuż przy jego nasadzie. Było tu zatem wszystko przygotowane do radykalnego wyleczenia.— Nawiązując do przedstawianych przypadków okazuje kol. Prof. Schramm wyrostki w ostatnich dniach przez siebie operowane. W jednym, u 17-letniego chorego, gdzie ani ciepłota ani tętno nie wskazywały na stan groźny, mimo rady internistów, by czekać, wykonał mowca operacyę i przekonał się, że wyrostek okazywał rozległe świeże nacieki ropne, grożące każdej chwili przebiciem.

VIII. Kol. Słęk (z Przemyśla) przedstawił szereg bardzo ciekawych, a przez siebie wyciętych **wyrostków robaczkowych** i omówił historyę chorób odpowiednich przypadków. Między innymi przedstawia wyrostek na końcu znacznie przewężony, w samym zaś końcu zawierający ropniak wielkości maliny, a w nim całe gniazdo glistnic (*oxyuris vermicularis*). W dyskusyi zwraca uwagę kol. Prof. Rencki na występowanie tętna dwubitnego w przypadkach ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, poddaje myśl, czy mierzenie ciśnienia krwi nie dałoby pewnych wskazań operacyjnych. Kol. Jasiński prócz innych przypadków wspomina o wydzieleniu się w 10 dni po operacyi całej kątnicy z kawałkiem jelita cienkiego 40 cm długim i następowem samoistnem wytworzeniem się enteroanastomozy. Kol. Prof. Barącz podnosi, że operacye wyrostka »à froid« dają ten sam odsetek śmiertelności, co w okresie ostrym.

IX. Kol. Jedlicka omawia sposób **wywoływania niedokrwienia** metodą Momburga, polegający na okręceniu 3 razy naokoło ciała poniżej łuku żebrowego węża gumowego. Jak doświadczenie wykazuje, ucisk taki na część brzuszną tętnicy głównej może trwać bez powikłań 45 minut. W dyskusyi zabiera głos kol. Prof. Sołowij co do wartości tego sposobu przy atonii macicy, kol. Prof. Barącz wskazuje na niebezpieczeństwo jego przy zwapnieniach tętnicy głównej. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie w d. 2 marca 1909.

I. Tuchendler Antoni przedstawił chorego z cierpieniem odbytnicy, u którego drogą wziernikowania (rektoskopii) rozpoznał **brodawczaka tej kiszki.** Mówca pokazał obecnym we wzierniku ów nowotwór wielkości małej wiśni, usadowiony w kiszce prostej z lewej strony u dołu, w odległości 9 cm. od otworu stolcowego. Rozpoznanie w tym przypadku możliwe było jedynie drogą wziernikowania, gdyż badanie palcem ze względu na wysoką siedzibę guza było dostępne tylko dla tych badających, którzy dzięki odpowiedniej długości własnego palca mogli guza dosięgnąć; to też jedni z leczących chorego guz znajdowali, inni nie. Przypadek dotyczył chorego 70-letniego, który oddawna skarżył się na zaparcie stolca, a w ostatnich 5—6 tygodniach miał bole w odbytnicy, dolnej części brzucha, bóle opasujące i krwawienia. Przypuszczano sprawę chorobową odbytnicy przyrody złośliwej, lecz rozpoznanie ustalić pozwoliło jedynie wziernikowanie, które mowca zaleca najgoręcej, jako środek rozpoznawczy jedynie pewny, nawet przy niezbyt wysokiej siedzibie spraw chorobowych w odbytnicy.

II. Świątecki Jan wygłosił rzecz: **Przypadek zapalenia nerki i miedniczki** (*pyelonephritis abscedens miliaris*) **wyleczony odłuszczeniem torebki nerkowej.** Wspomniawszy o dwóch przypadkach Israela, wyleczonych przez nefrotomię i dwóch przypadkach Edebohlsa, w których zastosowano obłuszczenie nerki, zasianej prosowatymi ropniami, przytacza prelegent przypadek własny, dotyczący 22-letniego żołnierza. Choremu, przebywającemu w szpitalu z powodu przetoki cewki moczowej po wrzodzie miękkim, zaszył mowca przetokę i założył cewnik na stałe do pęcherza. Po pięciu dniach jednak z powodu obfitego ropienia z cewki usunął mówca cewnik i polecił wypuszczanie moczu nadal cewnikiem; na trzeci dzień chory nagle po wstrząsającym dreszczu zaczął silnie gorączkować

i skarżyć się na ból w okolicy nerki lewej; w moczu pokazała się ropa. Gorączka o typie stałym, trzymała się przez cały tydzień na wysokości 40° C, wobec czego prelegent po tygodniu przez cięcie lędźwiowe naciął wzdłuż torebkę właściwą i odłuszczył ją palcem od nerki: na powierzchni nerki, w jej części środkowej zauważył dwa ogniska, każde wielkości rubla srebrnego, zasiane mnóstwem drobnych ropni: tamponada rany gazą jodoformową. Od chwili zabiegu znaczne polepszenie stanu ogólnego; chory w ciągu 3 dni następnych jeszcze gorączkował, aczkolwiek słabiej (38,5 –39,0). Od 4-go dnia stan stale bezgorączkowy, a w cztery tygodnie później zagojenie rany. Chory w ciągu 3 miesięcy jeszcze był pod obserwacyą prelegenta i w ciągu tego czasu mocz chorego zawierał ledwie dostrzegalne ślady białka i w bardzo skąpym osadzie nabłonek z miedniczki nerkowej, oraz nieliczne ciałka ropne. Prelegent ogłasza swój przypadek celem spopularyzowania obłuszczenia nerki przy ostrych sprawach zapalnych; zaznacza przytem, że jeśli nie wycinać torebki, to cały zabieg sprowadza się do zwykłego nacięcia i może być dokonany bardzo szybko, w ciągu paru minut; wycinanie torebki uważa prelegent za zupełnie zbyteczne.

W dyskusyi podnosi Krause, iż w przypadku Israëla, przytoczonym przez prelegenta, gdzie był dość długo trwający bezmocz, obłuszczenie ma swoje zastosowanie i działanie tego rękoczynu łatwo sobie wytłómaczyć; to samo odnosi się do przypadku Edebohlsa, który użył tegoż sposobu przy zapaleniu nerek w okresie ostrym i przewlekłym. Mówca sam miał sposobność wykonać obłuszczenie przy przewlekłem zapaleniu nerek z dość dobrym wynikiem. W przypadku zaś prelegenta trudno sobie przedstawić działanie, a więc i cel obłuszczenia: małe ropnie nerek, jak wielu innych narządów, mogą uledz wessaniu i operacya staje się zbyteczną.

Stankiewicz Czesław zaznacza, iż przed 8—9 laty usunął drogą cięcia brzusznego nerkę prawą, dokniętą ropowatymi ropniami (*pyelonephritis abscedens miliaris*). Nerka leżała w miejscu rozdziału aorty brzusznej. Przebieg pooperacyjny nic szczególnego nie przedstawiał. Po upływie kilkunastu tygodni chora zmarła przy objawach zajęcia drugiej nerki; oględziny pośmiertne stwierdziły obecność i w tej nerce licznych drobnych ropni. Operacya Edebohlsa nie była wówczas znana. W podobnym przypadku mówca wykonałby obecnie zabieg, proponowany przez prelegenta.

Sławiński twierdzi, iż *pyelonephritis abscedens miliaris* stanowi częste powikłanie zakażeń dróg moczowych, jak w przypadku prelegenta — i stąd nosi nawet nazwę: *ren chirurgorum*. W danym przypadku niewiadomo, dlaczego zabiegowi poddano jedną nerkę. Dalej, wyniku pomyślnego niepodobna kłaść na karb danego zabiegu. Obniżenie ciepłoty po dniach kilku i poprawa stanu ogólnego zależeć mogły np. od upustu krwi podczas zabiegu, jak również wskazywać na uporanie się ustroju z zakażeniem. Wpływ bezpośredni operacyi powinien był się uwydatnić na moczu, tymczasem o zmianach w nim wiemy dotychczas, że w dwa miesiące po operacyi mocz zawierał jeszcze ślady białka.

Prezes Gabszewicz zaznacza, że odłuszczanie torebki i przy przewlekłem zapaleniu nerek może dawać wynik dodatni; za dowód służyć może chora, operowana przez mówcę przed laty 5, którą pokazywał w Towarzystwie w roku 1905. Chora ta 3 lata przeleżała w łóżku, miała ogólne obrzęki ciała, wolny płyn w jamie brzusznej, białka około 6‰, wałeczki i czerwone ciałka krwi w moczu. Wszelkie stosowane środki nie pomagały. Po odłuszczeniu torebki na obu nerkach z jej wycięciem, już po paru tygodniach stan chorej zaczął się poprawiać. W 1/2 roku po zabiegu operowana mogła pracować, czuła się dobrze, pomimo iż w moczu było białka koło 1‰, oraz wałeczki. W ostatnich czasach mówca widuje chorą, ma się ona dobrze, obrzęki nie występują, nawet po ciężkiej pracy; w ostatnim roku jedynie ślady białka w moczu. W przytoczonym przypadku przejście od stanu zupełnie złego do poprawy bardzo wybitnej, trwającej już około lat pięciu, należy przypisać wyłącznie dokonanemu zabiegowi.

Świątecki w odpowiedzi zaznacza, że rozumowanie Krausego podzielali wszyscy chirurgowie przed Israëlem, a nawet z początku i on sam, lecz doświadczenie nauczyło, że drobne ropnie mogą znikać po nacięciu nerki, o opróżnieniu bowiem wszystkich ropni przez jedno cięcie mowy być nie może; widocznie ropnie takie wysysać się muszą, tak jak to się dzieje z innymi produktami zapalnymi, a nawet w dużych ropniach (jak np. w jamie brzusznej); chodzi tylko o stworzenie odpowiednich warunków. Przytoczony przez prelegenta przypadek nie należy do banalnych zapaleń miedniczek, cechujących się niewielką bolesnością w okolicy nerki, niewysoką, krótkotrwałą gorączką; takie przypadki kończą się zazwyczaj wyzdrowieniem przy podawaniu salolu, urotropiny i t. p. Czy w takich przypadkach dochodzi do wytwarzania się ropni w nerce, powiedzieć trudno, boć ani operacyi, ani badań porównawczych nie robi się zazwyczaj. Mówca ma wrażenie, że przypadek jego bez zabiegu zakończyłby się śmiercią, tak jak zakończyły się nią dwa inne, spostrzegane niegdyś na oddziale ś. p. Krajewskiego. Sławińskiemu odpowiada prelegent, że sprawa zapalna może się ograniczyć tylko do jednej nerki, o czem już w odczycie wspomniał, przytaczając przypadki Israëla; poznać zaś, która nerka jest chora, łatwo i bez cewnikowania moczowodów: rozstrzyga tu bolesność i powiększenie nerki.

III. Erbrich wygłosił rzecz: **O stosowaniu tracheoskopii i bronchoskopii oraz o znaczeniu klinicznem tej metody badania.** Zaznaczywszy na wstępie, iż pośród różnych endoskopii tracheo- i bronchoskopia zjawiły się względnie najpóźniej i podawszy krótki rys historyczny stosowania tej metody badania, podniósł prelegent zasługę Kiliana z Freiburga, który wprowadził t. zw. tracheo- i bronchoskopię górną, polegającą na wprowadzaniu odpowiednich wzierników (bez uciekania się do poprzedniej tracheotomii) i oświetleniu wnętrza tchawicy i oskrzeli przez usta. Metoda ta znalazła uznanie powszechne i w wielu bardzo przypadkach oddała nader poważne usługi.

Przedstawiwszy odpowiednie przyrządy do badania tchawicy i oskrzeli, oraz do wydobywania z nich ciał obcych, przechodzi prelegent do wskazań: te są — zdaniem jego — najróżnorodniejsze. Przedewszystkiem najważniejszą i nieocenioną wartość ma bronchoskopia przy wydobywaniu ciał obcych z tchawicy i oskrzeli, usuwaniu nacieków twardzielowych z dróg oddechowych, o wiele rzadziej nowotworów, blizn kiłowych lub gruźliczych. Wydobycie ciał obcych z oskrzeli miał prelegent sposobność wykonać w dwóch przypadkach. Pierwszy przypadek dotyczył dziewczynki 6-letniej, która przed 7 miesiącami wciągnęła do tchawicy szpilkę. Chorą umieszczono na oddziale chirurgicznym kol. Karczewskiego. Prześwietlenie zapomocą promieni Roentgena wykazało obecność szpilki w tchawicy, łebkiem ku dołowi. Pomimo wykonania tracheotomii dolnej nie udało się wydobyć szpilki. Trzeciego dnia po wykonanej tracheotomii za pomocą bronchoskopii wydobył prelegent szpilkę z lewego oskrzela, dokąd przesunęła się ona po tracheotomii.

W drugim przypadku dziewczynka 7-letnia wciągnęła do dróg oddechowych spinkę, używaną do spinania arkuszy papieru. Spinka pozostawała w oskrzelach 4 tygodnie i wywołała powstanie rozległego nacieczenia górnego płatu płuca lewego. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało na kliszy obecność spinki w klatce piersiowej między 5 i 6 żebrem w linii podłużnej na lewo od kręgosłupa. Po dokonaniu tracheotomii środkowej (*cricotracheotomia*) zaraz zastosowano bronchoskopię i wydobyto spinkę, która znajdowała się w drugorzędnem oskrzelu lewem, zajmując w niem położenie poprzeczne w miejscu podziału drugorzędnego oskrzela na trzeciorzędne. Zabieg trwał 3 godziny w uśpieniu chloroformowem. Spinkę wydobyto zapomocą odpowiedniego haczyka. Dalej przytacza prelegent przypadek, gdzie stosował bronchoskopię u chorego z twardzielą górnych dróg oddechowych. Pomimo rurki tracheotomijnej, którą chory nosił przeszło 2 lata, w ostatnich dwóch miesiącach zaczęła go trapić stale wzmagająca się duszność. Jak się okazało, duszność zależała od nacieku twardzielowego błony śluzowej na początku oskrzela lewego tuż pod podziałem tchawicy. Po usunięciu nacieku duszność ustała i chory z rurką tracheotomijną po kilku dniach opuścił szpital. W danym przypadku nacieki twardzielowe, usadowione w nosie, w jamie nosowo-gardłowej i krtani pod strunami, nie objęły śluzówki tchawicy i powstały dopiero w oskrzelu. Wspomniane przypadki, jako też znaczna ilość różnorodnych innych opisanych w dość już pokaźnej literaturze, wyraźnie przemawiają za doniosłem znaczeniem tracheo- i bronchoskopii.

W dyskusyi uzupełnił Karczewski pierwsze spostrzeżenia prelegenta danemi następującemi: Chora 6-letnia, przywieziona do szpitala w styczniu r. b., przed 7 miesiącami połknęła dużą szpilkę. Zaraz po wypadku dostała napadu kaszlu i duszności, trwających parę minut, przyczem wykrztusiła sporo śluzu z nieznaczną domieszką krwi. Pokarmy zarówno stałe, jak płynne, połykała bez trudności; natomiast unikała pochylenia głowy i sypiała stale w położeniu półsiedzącem. Co 2—3 dni, w ostatnim zaś czasie codziennie, miewała parominutowe napady duszącego kaszlu. W ostatnich tygodniach straciła apetyt i szybko chudła.

Przy badaniu — bladość, liche odżywienie. Laryngoskopii, z powodu niespokojnego zachowania się dziecka, nie udało się wykonać. Zdjęcie rentgenowskie stwierdziło obecność szpilki, ułożonej ukośnie w stosunku do linii środkowej ciała, w kierunku z prawej strony od góry ku dołowi na lewo. Ostry koniec szpilki, zwrócony ku górze, odpowiadał pierwszemu, główka szpilki — piątemu kręgowi grzbietowemu. Nie ulegało wątpliwości, że szpilka tkwi w drogach oddechowych, niezawodnie w tchawicy. Na naradzie kol. Erbrich zalecał wykonać przedwstępną tracheotomię dolną w przypuszczeniu, że może uda mu się dosięgnąć szpilki. Po nacięciu skóry i rozdzieleniu mięśni, pokrywających tchawicę, z poza mostka zaczęły wydostawać się pęcherzyki powietrza i powstała odma podskórna, która w ciągu kilku minut zajęła szyję, twarz i górną część klatki piersiowej. Z chwilą otwarcia tchawicy dalsze tworzenie się odmy podskórnej ustało. Badanie tchawicy zgłębnikiem metalowym obecności szpilki nie wykryło. Po tracheotomii dziecko gorączkowało w ciągu dni 7; odma podskórna zmniejszała się stopniowo. Ponowne prześwietlanie promieniami Roentgena w dniu 12/II wykazało, że szpilka opuściła się ku dołowi, przesunęła się całkowicie na lewo i przybrała położenie prawie prostopadłe do środkowej linii ciała. W dniu 13/II chorą zachloroformowano, rurkę tracheotomijną usunięto i znieczulono tchawicę. Przy pomocy bronchoskopu kol. E. szpilkę wydobył. Bezpośrednio po tym zabiegu wystąpiły objawy lekkiego zatrucia kokainą (szybkie tętno, sinica kończyn, poty). Objawy te ustąpiły nazajutrz, odtąd szybka poprawa. W dniu 27/II chora wyszła ze szpitala z zagojoną raną tracheotomijną.

Prezes Gabszewicz w uzupełnieniu drugiego spostrzeżenia Erbricha, dodaje, że widział chorą na 8 dni przed wydobyciem ciała obcego z oskrzela. Z wywiadów dowiedział się, że chora 3 tygodnie temu połknęła spineczkę do papieru. Objawów ze strony dróg oddechowych na razie nie było. Dopiero po kilku dniach wystąpiło kłucie w lewym boku, kaszel i gorączka, która trwała bez przerwy dwa tygodnie. Przy badaniu stwierdzono przytłumienie w lewej połowie klatki piersiowej, sięgające z przodu do 3-go żebra, z tyłu poniżej 5-go żebra; brak oddechu. Zapomocą przyrządu Potaina udało się wydobyć z opłucnej zaledwie łyżkę płynu surowiczo-krwawego, mimo przekłuwania paru międzyżebrzy. Nie przypuszczając aspiracyi ciała obcego do oskrzela, sądził G., że ma do czynienia z włóknikowem zapaleniem opłucnej.

Sekretarz stały Sokołowski podnosi, że obraz kliniczny uwięźnięcia ciała obcego w oskrzelu należy nieraz do najtragiczniejszych, zwłaszcza u dzieci. Chorzy, po niesłychanie ciężkiej egzystencyi z powodu kaszlu, duszności, bolów, czasami po 5—6 latach wypluwają ciało obce; częstokroć jednak giną wskutek różnych powikłań płucnych. W bronchoskopii znaleźliśmy środek, oszczędzający choremu nieraz długie lata cierpień, a często ratujący mu życie. U Kiliana widział S. całe niemal muzeum ciał obcych. Metoda bronchoskopii wymaga jednak wielkiej wprawy i umiejętności.

Z. Dobrowolski podkreśla, że po tracheotomii dzieci częstokroć wykrztuszają ciało obce z oskrzeli samodzielnie i bronchoskopia staje się wtedy zbyteczną. Nieraz wykrztuszenie takie zdarza się i bez tracheotomii, przy nieznacznej interwencyi ze strony lekarza. D. spostrzegał przypadek, w którym łupinka od orzecha utkwiła w drogach oskrzelowych 6-letniej dziewczynki, powodując w następstwie zapalenie płuc zrazikowe; w przypadku tym wykrztuszenie ciała obcego nastąpiło po upływie 3 lat od czasu wypadku przy napadzie kaszlu po zakokainizowaniu krtani. Nieraz po utknięciu ciała obcego w oskrzelu występują natychmiast objawy tak groźne, że niema nawet czasu na wykonanie tracheo-bronchoskopii. Dla objaśnienia przytacza D. dwa takie przypadki ze swojej praktyki. Niezbędność uprzedniej tracheotomii przed wykonaniem bronchoskopii u dzieci zraża częstokroć rodziców do tego zabiegu. Pod tym względem ezofagoskopia ma wyższość nad bronchoskopią. D. zwraca jeszcze uwagę na charakter kaszlu przy uwięźnięciu ciała obcego w oskrzelu: kaszel ten jest kurczowy, zbliżony do krztuścowego. Wreszcie przypomina D. przypadek, operowany przez Grużewskiego, w którym kłos zboża dostał się do dróg oddechowych i po dłuższem przebywaniu w nich znalazł się w ropnym wysięku opłucnej.

L. Lubliner stosuje tracheo-broncho- i ezofagoskopię od lat pięciu. L. sądzi, że w przypadku Erbricha użycie haczyka do podważenia szpilki, tkwiącej w oskrzelu już parę tygodni, byłoby niewłaściwe, gdyż mogłoby rozbić skruszałą szpilkę na drobne cząstki i utrudnić przez to jej wydobycie. Przyrząd do odcinania nacieków twardzielowych, przedstawiony przez prelegenta, uważa L. za bardzo pożyteczny i dobrze obmyślany.

Tuchendler opisuje spostrzegany przez siebie przypadek ciała obcego w przełyku, w którym rozpoznanie było możliwe jedynie drogą wziernikowania. W przypadku tym ciało obce (sztuczna szczęka z 3 zębami) tak się usadowiła w przełyku, że najgrubsze zgłębniki swobodnie przechodziły do żołądka.

Adolf Mesz przypomina o przypadku Wilda w Zurychu. W przypadku tym sztuczna szczęka z 4 zębami uwięzła w lewem oskrzelu; usunięto ją drugą tracheobronchoskopii, gdyż rentgenogram dał cień w okolicy prawego, nie zaś lewego oskrzela.

Judt zaznacza, że drogą promieni Roentgena wykrywać się dadzą w drogach oddechowych i ciała obce niemetalowe (ciała roślinne, szkło i t. p.), o ile ich ciężar gatunkowy przewyższa ciężar tkanki płucnej. Zdarza się tylko, że nacieczenie płucne lub silny rozwój gruczołów utrudnia wynajdowanie rentgenograficzne tych ciał obcych. Analogicznie — nie można wykazywać na rentgenogramie kamieni żółciowych, ponieważ ciężar gatunkowy cholestearyny jest nie o wiele niższy, niż ciężar tkanki wątrobnej, natomiast możliwe jest otrzymywanie konturów nerki, o ile torebka jej jest bardzo gruba. Z drugiej strony w przypadkach rzadkich można przeoczyć drobne ciała obce metalowe w oskrzelach, o ile znajdują się one w płaszczyznach, łączących mostek z kręgosłupem, i jeżeli pominąć prześwietlanie w kierunkach bocznych i ukośnych.

Zdaniem Sławińskiego i badanie rentgenograficzne daje czasem pole do wniosków zawodnych. Na dowód przytacza S. przypadek, w którym rentgenografią stwierdzono cień w drugiem międzyżebrzu lewem i na tej zasadzie wnoszono, że ciało obce leży w lewem oskrzelu; tymczasem podczas operacyi znaleziono je pomiędzy tchawicą, a kręgosłupem.

Polikier w dwu przypadkach zdołał wyczuć ciało obce w przełyku przez powłoki zewnętrzne. Uwięźnięte ciało obce (pieniądz) w obu przypadkach powodowało groźne objawy wskutek naciskania na tylną ścianę krtani. Po wymacaniu z zewnątrz ciała obcego w przełyku, P. naciskaniem od dołu ku górze i ku tyłowi zdołał wypchnąć je do jamy ustnej. Opis podobnego zabiegu znalazł w rozprawie z oddziału Broca w Paryżu. Wykonywanie tego prostego zabiegu zalecałby w takich przypadkach przed przystąpieniem do metod bardziej złożonych.

Antoni Majewski.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 7 kwietnia 1909.

Przewodniczący kol. Krusche.

1. Kol. Goldman przedstawia dziecko po dokonanej przez siebie **torakoplastyce** sposobem Küster-Simona.

2. Kol. Brudziński przedstawia dwa przypadki **choroby Littlea.**

3. Przyjęto nowych członków (balotowanie): kol. Kopciński, Chodźko, Gepner, Sokolowski, Krzyżanowski, Zylberstrom, Lewitan.

4. Kol. Goldberg przestawia przerost **serca ze złogami kostnymi.**

Posiedzenie z dnia 21 kwietnia 1909.

Przewodniczący kol. Krusche.

1. Kol. Perlis przedstawia **chorą z bliznami po oparzeniu, leczoną** wstrzykiwaniami **tiosinaminy.** 16-letnia dziewczyna, u której po oparzeniu benzyną utworzyły się na lewem ramieniu i przedramieniu obszerne blizny o charakterze bliznowców (keloidów). Stosowanie śródmięśniowych wstrzykiwań w pośladki 10% roztworu tiozynaminy bardzo dodatnio wpłynęło na przeistoczenie tkanki bliznowatej. Zgrubienia począwszy od brzegów zanikają pasmami, również pośrodku blizn tworzą się wysepki delikatnego, rozciągliwego naskórka. Po 16 wstrzyknięciach, co drugi dzień dokonywanych, blizny zanikły w znacznej części i wessanie nadal postępuje bardzo szybko.

2. Tenże przedstawia chorego operowanego z powodu **niedrożności jelit.** Chory 20-letni, od dzieciństwa cierpiał na uporczywe zaparcie. W przeciągu ostatniego półrocza dwukrotnie zapadał na niedrożność jelit z towarzyszącymi jej bardzo silnymi bolami w brzuchu, wymiotami, zaparciem, brakiem wiatrów i bębnicą. Objawy te za każdym razem ustępowały po 6—8 dniach. Obecnie zachorował przed 4 dniami. Cierpienie rozpoczęło się silnymi bolami w brzuchu bez określonego umiejscowienia, zaparciem, brakiem wiatrów, a od drugiego dnia częstymi wymiotami. Wszystkie te objawy trwają dotąd. Tętno drobne, ledwie wyczuwalne, czkawka, nieustanne wymioty; brzuch ogromnie wzdęty, stłumienie wątroby zniesione. Stan ogólny bardzo ciężki. Tegoż dnia — laparotomia. Podczas uśpienia częste

wymioty, ku końcowi operacyi — zapad. Po przecięciu otrzewnej z jamy brzusznej zostaje wprost wypchnięta na zewnątrz okrężnica poprzeczna, rozdęta do rozmiarów ramienia muskularnego człowieka. Pętlica ta przedstawia się w postaci litery U, z bardzo zbliżonemi ku sobie odnogami. Pomiędzy odnogami temi na krezce — znaczne, mocne, bogato unaczynione, poprzecznie przebiegające zrosty. Zrosty te rozdzielono nożem po podwiązaniu licznych naczyń. Okrężnica jednakowoż po tym zabiegu nie wyprostowała się; wprowadzenie do odbytnicy rurki gumowej i nakłócie trójgrańcem na zapadnięcie się jelita również nie wpłynęło. Wskutek tego okrężnicę otwarto cięciem poprzecznem na przedniej powierzchni, poczem po odejściu ogromnej ilości gazów i niewielkiej ilości płynnej treści, okrężnica się zapadła i po obszyciu dwupiętrowym szwem Czerny-Lemberta bez trudności do jamy brzusznej wprowadzoną została. Podobne zrosty, lecz miękkie i łatwo na tępo dające się oddzielić, otaczały okrężnicę wstępującą, również mocno, acz w mniejszym stopniu rozdętą i przegiętą. Wolnego płynu w jamie brzusznej nie było, badanie zaś okolicy kątnicy i pętli esowatej nie wykazało nic nieprawidłowego. Sciana brzuszna zaszyta została zupełnie. Po 24 godzinach — wypróżnienie. 8 dnia szwy usunięto. Zagojenie doraźne. W dalszym przebiegu czynności jelit były zupełnie prawidłowe. Czwartego dnia po operacyi wystąpiły objawy zawału krwotocznego w prawem płucu z następową ograniczoną zgorzelą z zejściem pomyślnem.

Przypadek opisany po za szczegółami samego zabiegu jest ciekawy ze względu na etyologię. Körte opisał mianowicie przypadki podobnych zrostów na krezce w postaci licznych, mocnych blizn, powstałych wskutek poprzednio przebytej niezupełnej niedrożności jelit, a zależnych od budowy anatomicznej krezki, mianowicie w przypadkach krezki wspólnej (*mesenterium commune*), wskutek czego jelita grube, a szczególniej okrężnica, mają bardzo znaczną ruchomość, powodującą i usposabiającą do skręceń i niedrożności.

3. Kol. Goldman wygłosił odczyt: **Posocznica z punktu widzenia chirurgii.**

4. Kol. Sterling wygłosił odczyt: **Posocznica w przebiegu chorób wewnętrznych.** Częstość przypadków posocznicy w ciągu ostatnich miesięcy spostrzeganych w Łodzi, pobudziła do opracowania tego tematu. Ogólna patogeneza zakażeń. Obecność drobnoustrojów swoistych we krwi, w której się one nie rozmnażają (*bac. typhi abd., diploc. Fraen.*), nazywa się bakteryemią. Obecność drobnoustrojów chorobotwórczych we krwi, jeśli ta im służy za podłoże odżywcze, nazywamy posocznicą (wyjątek: zimnica, gorączka porotna, gruźlica). Na obraz chorobowy posocznicy składają się objawy, zależne od działalności drobnoustrojów w ognisku pierwotnem, w ognisku przerzutowem i we krwi; często dominują objawy dwu ostatnio wymienionych przyczyn, lub nawet tylko ostatnio wymienionej. Przerzuty ropne powstają tą samą drogą i są wywoływane przez te same pasorzyty, co i posocznica; stąd zamiast wyrazu ropnica (*pyaemia*) lepiej mówić posocznicoropnica (*sepsis purulenta*).

Jako gatunek chorobowy do medycyny wewnętrznej wprowadził posocznicę Leube. Różnorodność etyologiczna, rozmaitość usadowień i nietypowość stąd powstających objawów utrudnia ułożenie obrazu chorobowego w wyraźne ramy. Główne cechy tej jednostki klinicznej, to współistnienie szeregu objawów takich, jak: objawy ogólnego niedomagania aż do prostracyi, gorączka bez typu, silna akcya serca przy tętnie źle napiętem, często niemiarowem, rozrzucone ogniska zapalne w płucach, bolesność stawów i uciskowa kości i wiele innych.

Ugrupowanie różnych postaci posocznicy przez Jürgensa, stosownie do siedziby przerzutów. Ugrupowanie tych postaci zależnie od pierwotnego usadowienia się. Podział na *sepsis phanerogenetica i kryptogenetica*. Niedoskonałość tej ostatniej klasyfikacyi, opartej na wysunięciu cechy ujemnej, t. j. niemożności wykrycia ogniska pierwotnego. Rola samozakażenia w powstawaniu posocznicy, czyli jej powstawanie bez pierwotnego ogniska chorobowego. *Infectio terminalis*, jako wyraz samozakażenia. Wyliczenie drobnoustrojów, które dotąd wykryto, jako przyczynę posocznicy.

Przebieg kliniczny posocznicy. Udział różnych układów w tym przebiegu.

Rozpoznawanie na zasadzie badania bakteryologicznego krwi ledwie w 50% przypadków (w których do badań użyto po 20 cm³ krwi) dało wyniki dodatnie. Stąd konieczność opierania się na obrazie klinicznym. Dwie cechy główne: niestosunek między objawami miejscowymi a ogólnymi i powstawanie nowych ognisk zakażenia.

Rozpoznawanie różniczkowe: Od gośćca stawowego różni się posocznica cięższym stanem ogólnym, trwaniem gorączki pomimo poprawy sprawy stawowej, małym wpływem salicylanów, brakiem charakterystycznej woni potu. Od duru brzusznego odróżniamy posocznicę na zasadzie następujących objawów: tętno miękkie, drobne, często już w początku choroby jest właściwe posocznicy; taksamo i przyspieszone oddychanie; różyczka zjawia się w durze w określonym okresie choroby, przy posocznicy podobnie, jak i inne objawy skórne — zjawia się niezwiązana żadnym terminem. Głównie rozstrzygają: 1) Odczyn Gruber-Widala (resp. aglutynacya hodowli α i β paratyfusu); leukopenia przy durze, hyperleukocytoza — przy posocznicy; 2) odczyn dwuazowy — przy durze. Zimnicę, gorączkę powrotną rozpoznajemy przez badanie krwi, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych — przez badanie płynu rdzeniowego. Przy gruźlicy prosówkowej występuje na plan pierwszy duszność, sinica, zapalenie oskrzelków, objawy swoiste na dnie oka — różne od znajdowanych w posocznicy, wreszcie — wywiady. Niekiedy wątpliwość może wzbudzać włośnica i niedokrwistość, przebiegająca z gorączką. Najtrudniej odróżnić posocznicę od ciężkich postaci grypy.

Błędy rozpoznawcze najczęstsze widzimy w przypadkach przebiegających z jednem umiejscowieniem, np. rozpoznawanych jako samorodne zapalenie mózgu, płuc, opłucnej. Co do osierdzia, to złośliwe jego zapalenie (*endocarditis maligna*) jest posocznicą; stare opisy tej sprawy dają nam zarazem dosłowny obraz tego, co dziś opisujemy jako posocznicę.

W szeregu własnych spostrzeżeń, obecnie obserwowanych, uderzyła prelegenta: 1) częstość przypadków posocznicy u osób z istniejącą wadą serca (5 na 19); 2) częste zapalenie całego oka, rozwijające się odrazu w ciągu 12—15 godzin (2 na 19); 3) zupełny brak powikłań ze strony nerek. (Streszczenie własne).

5. Kol. Perlis przedstawił dwa względnie dość spore **kamienie ślinne,** wydobyte z rozszczepionego przewodu prawej ślinianki podszczękowej.

6. Tenże przedstawił preparat **tłuszczako-włókniaka** (*fibro-lipoma pendulum*), usuniętego u 18-letniej dziewczyny. Guz ten, wielkości sporej pomarańczy, wagi około funta, wyrastał na zewnętrznej stronie prawej dużej wargi sromnej i zwisał pomiędzy udami chorej na grubej, bogato unaczynionej szypułce, długości 14 ctm. Guz ten chora zauważyła przed dwu laty; pomimo dość szybkiego powiększania się i przeszkody przy chodzeniu, przez zbytnią wstydliwość cierpienie swe ukrywała. Owrzodzenie powierzchni guza, krwawienia i bóle skłoniły chorą obecnie do szukania pomocy.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Galicyjska kasa dla chorych lekarzy odbyła Walne Zgromadzenie we Lwowie d. 29. V. b. r. Liczba członków kasy zwiększyła się w ciągu roku 1908 o 12 i wynosi obecnie 192. Dochody w r. 1908 wynosiły 18.858·39 K., w tem wkładki za rok 1908 10.322·87 kor., wpływy z zaległości 978·64 kor., subwencye Izb lekarskich 720 kor., pozostałość z poprzedniego roku 2357·97 kor. Na zasiłki dla chorych kolegów wydano w r. 1908 9.331 kor. (za 918 dni po 8 kor. i za 497 dni po 4 kor.), do funduszu rezerwowego przelano 4.323·29 kor., administracya kosztowała tylko 349·17 kor. — Kasa przetrwała więc niewątpliwie pomyślnie najtrudniejszy okres — początkowy — i obecnie prawidłowo się rozwija. Do zarządu na r. b. wybrani zostali jednomyślnie: Dr Lilien, Kwiatkiewicz, Szydłowski, Czarnik, Pilewski, Gabel, Szymański, Moszkowicz, Schellenberg, Skałkowski. Prezesem kasy jest każdorazowy prezydent Izby lek. wschodnio-gal., obecnie Dr Festenburg; wiceprezesem, wybranym przez Izbę wschodnio-gal., Dr T. Stachiewicz; Izba lek. zachodnio-gal. nie wybrała drugiego wiceprezesa (Głos lek. 12). *R.*

Związek lekarzy okręgowych galicyjskich zwołuje zebranie konstytuujące na 10. lipca b. r. do Lwowa. Zebranie odbędzie się o 5 popołudniu w sali Towarzystwa lek. gal. (Dominikańska 11). Dotychczas zgłosiło gotowość przystąpienia do Związku 97 kolegów. *R.*

Związek lekarskich kas chorych, działających w Austryi (3 kasy wiedeńskie, lwowska, 2 praskie — czeska i niemiecka, gracka), uchwalono założyć na zjeździe prezesów kas w d. 30. V. b. r. w Wiedniu. Celem związku będzie: 1) strzeżenie interesów kas, 2) utworzenie wspólnego funduszu, 3) zawieranie umów z sanatoryami, szpitalami i t. p., 4) zakładanie »domów

lekarskich« w zdrojowiskach, 5) zbieranie danych statystycznych. Najbliższe zebranie odbyć się ma w jesieni r. b. *R.*

Polski komitet badania i zwalczania raka, utworzony przy Towarzystwie higienicznem w Warszawie, rozsyła obecnie do lekarzy w Warszawie i na prowincyi odezwę, nawołującą do zbierania statystyki raka; dotychczas zorganizował już komitet zbieranie tej statystyki w szpitalach warszawskich. Rozsyłany przez komitet kwestyonaryusz opiewa jak następuje: »Imię i nazwisko chorego. Płeć. Wiek. Rasa. Miejsce zamieszkania (gubernia, powiat, miasto, osada, wieś, opis topograficzny i higieniczny domu, w którym chory mieszka). Gdzie chory mieszkał przez ostatnie 5 lat? Warunki bytu (zajęcie, odżywianie i t. p.). Anamneza, odnosząca się tylko do będącej przedmiotem niniejszego opisu choroby. Czy rodzice lub krewni nie chorowali na raka? Czy w najbliższej rodzinie lub pomiędzy domownikami nie było chorych na raka? Symptomatologia. Pierwotne usadowienie raka. Przebieg choroby. Czy są przerzuty i w których narządach? Czas trwania od początku choroby. Czy była robiona operacya? Stan zdrowia po operacyi. Czy nastąpił nawrót po operacyi i w jakim czasie? Uwagi: (przypuszczalna przyczyna raka, częstość zachorowań na raka w tej miejscowości i t. p.). Uwaga. Tylko te przypadki raka narządów wewnętrznych należy podawać do statystyki, w których choroba trwa przynajmniej 4 miesiące«. Wypełnione kwestyonaryusze należy zwracać komitetowi w terminach półrocznych. *R.*

Kwestyonaryusz w sprawie cierpień t. zw. metasyfilitycznych rozsyła Redakcya »Przeglądu chorób skórnych i wenerycznych« (Mazowiecka 4, Warszawa), prosząc o nadsyłanie odpowiedzi najdalej do 1. XI. b. r. Kwestyonaryusz obejmuje następujące pytania: Rodzaj choroby (wiąd, porażenie postępujące)? Kiedy się rozpoczęła? Czy były w wywiadach okoliczności obciążające układ nerwowy (dziedziczność, alkoholizm i t. d.)? Czy chory przebywał kiłę i jaki był jej przebieg? Czy kiła oddziaływała bezpośrednio na układ nerwowy? Jakie było leczenie swoiste (rtęć, jod, sposób i długość leczenia, oddziaływanie na ustrój). *R.*

Jakie skutki wywołuje zniesienie policyjno-sanitarnego nadzoru nad prostytucyą, wskazuje ogromne rozszerzenie się kiły we Fryburgu, o którem donosi Prof. Jakobi (Münch. med. Woch. Nr 23). Z powodu budowy nowego dworca towarowego w dzielnicy, zajmowanej dawniej przez domy publiczne, zniesiono te domy, a zarazem i nadzór sanitarno-policyjny, wynikiem czego było znaczne rozszerzenie się kiły wśród mężczyzn we Fryburgu. *X.*

Sanatoryów przeciwgruźliczych w Danii jest 12 z 972 łóżkami; jedno łóżko przypada na 2700 mieszkańców. Dni leczenia w sanatoryach było w r. z. 200.000.

Epidemie durowe w Rosyi srożą się obecnie bardzo silnie. Dr D w o r e t z k y z Moskwy podaje (Münch. med. Woch.), że np. w gubernii jekaterynosławskiej zachorowało od grudnia 1908 do lutego 1909 2893 osób na dur brzuszny, 2146 na osutkowy, a 1124 na powrotny. W Kijowie w styczniu było 9169 przypadków duru, w gubernii woronezkiej 4757 przypadków duru brzusznego, 1224 osutkowego i 244 powrotnego. W samym Petersburgu od stycznia do połowy marca r. b. zgłoszono 433 przypadki duru brzusznego, 52 osutkowego i 917 powrotnego. Liczni lekarze padli już w tych epidemiach ofiarą swego zawodu. Epidemie te biorą początek głównie z więzień, które są stale przepełnione i pod względem urządzeń i higieny znajdują się w opłakanym stanie. Nic też dziwnego, że np. w r. 1906 zachorowało 29.533 więźniów na cierpienia przewodu pokarmowego, 16.786 na powikłania płucne, a 30.949 na ostre choroby zakaźne. Prawie co dziesiąty więzień jest chory. Lekarze więzienni mają ręce związane i nawet nie wolno im zupełnie robić raportów o stanie zdrowia więźniów. *X.*

Liczba lekarzy w Szwecyi jest stosunkowo bardzo mała (1:4200 mieszkańców), a przyczyną tego jest długie trwanie studyów lekarskich (9—10 lat) i wielkie koszta wykształcenia lekarskiego na uniwersytecie. *X.*

W nowszych szkołach w Anglii mają wszystkie sale szkolne drzwi do wielkiej hali, która w czasie niepogody służy do rozrywek i ruchu. W suterenach prawie wszędzie są urządzone łazienki, a w gmachach szkół średnich prócz tego i osobne jadalnie. Na każdem piętrze znajdują się liczne umywalnie. *X.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 6. VI. do 12. VI. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Jabłonka 1), Borszczów (Jezierzany 1), Buczacz (Płoszcza 2, Rzepińce 1, Pomorze 2), Brzeżany (Budyłów 2), Drohobycz (Dołhe ad Rybnik 4), Gródek jag. (Sławczany 6, Wola dobrostańska 19), Horodenka (Hawrylak 6, Targowica 5, Czortowiec 5 Niezwiska 1, Tyrakowce 1), Jarosław (Cieplice 3), Jaworów (Lubienie 1), Kołomyja (Słobódka polna [illegible], Gwoździec stary 2, Soroki 2), Lisko (Lutowiska 1, Smolnik ad Baligród 1), Nadwórna (Pniów 9), Podhajce (Sokolniki 4), Rzeszów (Rzeszów 12), Sanok (Radoszyce 1, Duszatyn 1), Śniatyn (Trościaniec 3, Hańkowce 1), Sokal (Hochołów 2), Stanisławów (Chomiaków 3), Tarnobrzeg (Nadbrzezie 1), Zaleszczyki (Capowce 6, Korzyłowce 2). O s p y sprawdzono 2 przypadki w m. Rzeszowie. *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 6. VI. do 12. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 5, płonicy 10 † 3 (4 † 2), odry 2, duru brzusznego 3 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1. *Dr Janiszewski.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 6. V. do 12. VI. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † — (w tem obcych 1 † —), krztuśca 2, płonicy 22 † 1 (5 † —), odry 1 (1), duru brzusznego 3 † 1 (1 † —). *Dr Legężyński.*

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 16. V. do 29. V. 1909 r. przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 13 † 1, odry 4, płonicy 8 † 1, róży 15, duru osutkowego 79 † 6, duru brzusznego 18 † 2, duru powrotnego 19 † 1, błonicy 3. (*Gaz. lek.* 24).

W sprawie walki z gruźlicą.

Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Spustoszenia, szerzone przez gruźlicę, najstraszniejszą zarazę nowoczesną, wywołały we wszystkich cywilizowanych społeczeństwach ruch obronny. Walka z gruźlicą, prowadzona z coraz większem wytężeniem, wydaje też coraz świetniejsze wyniki w tych wszystkich krajach, które zrozumiały jej doniosłe znaczenie społeczne. Walka ta bowiem ma znaczenie nietylko humanitarne; jądrem sprawy są tu zagadnienia ekonomiczne. Chodzi nietylko o zmniejszenie śmiertelności z gruźlicy, zabierającej corocznie więcej ofiar, niż groźne epidemie, ale także o podtrzymanie zdolności do pracy u chorych na gruźlicę, o zmniejszenie ciężaru, jaki na społeczeństwo nakłada utrzymywanie jednostek do pracy niezdolnych, o zapobieżenie, by ten, najmniej produktywny w gospodarce społecznej wydatek — nie wzrastał. Dlatego to walka z gruźlicą zszeregowała na całym świecie w jeden zastęp wszystkich, komu losy społeczeństwa nie są obojętne.

U nas walka z gruźlicą jest zadaniem społeczno-narodowem tem ważniejszem i pilniejszem, że częstość gruźlicy jest u nas większa, niż gdziekolwiek w Europie, że przez to w ogólnym bilansie gospodarczym ponosimy straty niestosunkowo wielkie, pozwalając sobie niejako na zbytek, tem gorszy, im społeczeństwo nasze w porównaniu do innych biedniejsze; że — wreszcie — złemu prawie wcale dotąd nie staraliśmy się zaradzić, pozostając przez to niezmiernie w tyle poza postępem kultury. Nie stać nas wprawdzie na fundowanie setek sanatoryów i kilkudziesięciomilionowe roczne wydatki, jak w Niemczech, które przez to drugie tyle milionów corocznie w gospodarce swej oszczędzają; wszelako oprócz sanatoryów są inne jeszcze, a bodaj ważniejsze środki walki z gruźlicą: miejsca porady dla chorych lub zagrożonych gruźlicą (dyspensatorya), schroniska leśne, szkoły w lesie i cały szereg podobnych, stosunkowo niekosztownych urządzeń, a obok tego jak najszersze rozpowszechnienie w społeczeństwie wiadomości, jak przed gruźlicą w życiu codziennem chronić się, i jak zwalczać ją można.

Zadania te, zbyt długo już leżące u nas odłogiem, wzięło na siebie »Towarzystwo walki z gruźlicą«, zawiązane we Lwowie, a obecnie za staraniem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego tak przekształcone, że działalność swą rozciągnąć może na cały kraj. W mieście naszem powstaje »Koło« tego Towarzystwa, mające podjąć walkę z gruźlicą w naszym grodzie. Do udziału w pracach tego Koła wzywając najszersze sfery, przedewszystkiem prosimy o udział w zebraniu konstytuującem, które się odbędzie w dniu 21/VI b. r. o godz. 6 w. w sali Rady miejskiej, z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie. 2) Wybór przewodniczącego zebrania. 3) Objaśnienie celu i sposobu działania Towarzystwa. 4) Wybór zarządu Koła krakowskiego. 5) Wnioski.

Dr. E. Bandrowski, Dr T. Browicz, Dr N. Cybulski, M. Dattner, J. Dobrzański, Dr St. Domański, J. K. Federowicz, Dr K.

Fierich, X. Dr F. Gabryl, J. Götz Okocimski, Dr W. Hausner, P. Kosobucki, Dr R. Landau, Dr L. Leo, Dr J. Łazarski, J. Maciołowski, Dr Z. Marek, Dr K. Morawski, S. Odrzywolski, Dr Fr. Paszkowski, Dr J. Piltz, K. Rolle, J. Sare, Dr R. Sikorski, Dr S. Skrzyński, T. Sołtysik, Dr E. Stahr, Dr W. Staniszewski, J. Strzyżowski, Dr H. Szarski, Hr. Z. Tarnowski, Dr L. Wachholz, Dr W. Wasung, X. Dr Cz. Wądolny, Hr A. Wodzicki, Dr B. Wicherkiewicz, Z. Żuławski.

W imieniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Komisya wybrana celem opracowania statutu Towarzystwa walki z gruźlicą:

Dr Gustaw Bielański, Dr Eugeniusz Borzęcki, Dr Stanisław Ciechanowski, Dr Stanisław Dobrowolski, Dr Leon Konrad Gliński, Dr Maciej Jakubowski, Dr Tomasz Janiszewski, Dr Walery Jaworski, Dr Bolesław Korolewicz, Dr Kazimierz Kostanecki, Dr August Kwaśnicki, Dr Jan Landau (sen), Dr Ksawery Lewkowicz, Dr Julian Nowak, Dr Stanisław Pareński.

Niema wątpliwości, że za przykładem Lwowa i Krakowa pójdą wszystkie większe nasze miasta i że wkrótce cały kraj pokryje się siecią kół Towarzystwa walki z gruźlicą, a w akcyi tej powinni przodować, rzecz prosta, lekarze.

Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie

(24. sierpnia do 4. września 1909).

Polski komitet Zjazdu odbył posiedzenie w d. 11. czerwca b. r. w Krakowie. Na posiedzeniu tem na zapytanie głównego komitetu wykonawczego co do tego, czy Zjazdy międzynarodowe mają się w przyszłości odbywać co 3, czy co 5 lat, czy też zmiennie (co 5 lat, jeżeli dwa Zjazdy następują po sobie na tymsamym kontynencie, a co 3, — jeżeli odbywają się na różnych kontynentach), — uchwalono w zasadzie oświadczyć się za stałym 5-letnim odstępem między Zjazdami. Uchwalono dalej zgodzić się na projekt głównego komitetu wykonawczego, aby sprawami Zjazdów kierowała stała komisya Zjazdów międzynarodowych, do której prócz prezesów i sekretarzy generalnych Zjazdów mają należeć delegaci komitetów narodowych, po jednym z każdego. Delegatem swym do tej komisyi wybrał komitet polski swego prezesa, r. dw. Prof. Wicherkiewicza. Następne posiedzenie komitetu polskiego uchwalono zwołać w czasie Zjazdu internistów polskich.

Komitet polski podaje do wiadomości kolegów, którzy zgłosili wykłady na Zjazd, że główny komitet peszteński zarządził, aby prelegenci dla użytku prasy lekarskiej nadsyłali przed Zjazdem wprost do głównego komitetu (Budapest, VIII. Esterhazy-utcza 7), wydrukowane własnym kosztem (po francuzku, niemiecku, włosku, lub angielsku) streszczenia swych wykładów w dostatecznej (około 50) liczbie egzemplarzy. Komitet polski zwraca zarazem uwagę kolegów, że wprawdzie minął już termin zgłaszania wykładów, że jednak można liczyć na to, że jeszcze teraz napływające zgłoszenia będą uwzględnione.

Według ogłoszonego już programu rozpocznie się Zjazd uroczystem posiedzeniem d. 29. sierpnia b. r. o godz. 11 rano w salach miejskich, gdzie również odbędzie się ogólne zgromadzenie końcowe, 4. września o godz. 10 rano. W czasie Zjazdu odbędzie się 6 posiedzeń ogólnych, których miejsce i czas poda »Dziennik Zjazdu« w Nrze 1., a na których odbędą się wykłady Bacceliego, Bashforda, Grubera, Kutnera, Laverana i Loeba. Nadto odbędą się dwa posiedzenia wspólne dla roztrząśnięcia tematów: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego. 2) Odporność. Prace Zjazdu odbywać się będą w 21 sekcyach. W czasie Zjazdu przyznane będą 2 nagrody międzynarodowe: za pracę oftalmologiczną i otologiczną (nagroda Lenvala). Ze Zjazdem połączone będzie zgromadzenie »Międzynarodowego Związku prasy lekarskiej«.

Po Zjeździe odbędą się wycieczki naukowe do zdrojowisk węgierskich i do uzdrowisk nadmorskich w Dalmacyi i Grecyi (i do Konstantynopola), zorganizowane przez międzynarodowy komitet podróży lekarskich, oraz przez takiż komitet niemiecki.

Koleje państwowe węgierskie przyznały uczestnikom Zjazdu 50% opust cen jazdy, kolej koszycko-bogumińska 33%.

Mieszkanie na czas Zjazdu należy zamawiać koniecznie naprzód, i to najpóźniej do 1. sierpnia b. r., zwracając się do »Bureau central des voyages, Budapest IV. Vigadó-tér 1.«, któremu komitet główny powierzył całą tę sprawę. Ponieważ zachodzi obawa braku pomieszkań, przeto komitet polski osobno jeszcze czyni starania, aby zapewnić w tym względzie uczestnikom polskim ułatwienia.

Udział w Zjeździe zgłaszać należy wprost do głównego komitetu w Peszcie (Budapest VIII. Esterhazy-utcza 8) i tam też przesyłać wkładkę w kwocie 25 koron (damy towarzyszące uczestnikom płacą po 12½ K.).

Komitet polski uprasza jednak wszystkich kolegów, wybierających się na Zjazd, aby także komitetowi polskiemu o zamierzonym swym udziale w Zjeździe donieść zechcieli.

Szczegółowy program, zawierający dokładne informacye praktyczne, wysyła na żądanie główny komitet w Peszcie, jakoteż sekretaryat komitetu polskiego (Kraków, Wielopole 4).

Prof. Dr Ciechanowski, sekretarz. *Prof. Dr Wicherkiewicz*, prezes komitetu polskiego.

Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich.

D. 11, 12, 13 października r. b. odbędzie się w Warszawie Zjazd neurologów, psychiatrów i psychologów polskich. Na tematy dwóch pierwszych posiedzeń ogólnych wybrano: 1) Metody badania w psychologii, neurologii i psychiatryi. 2) Terminologia polska w psychologii i psychiatryi.

Na ogólne tematy sekcyi neurologicznej wybrano: 1) Nowotwory mózgu i rdzenia. 2) Padaczka.

Na tematy ogólne sekcyi psychiatrycznej wybrano: 1) Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy psychozą maniakalno-depresyjną i otępieniem wczesnem. 2) Klasyfikacya różnych postaci idyotyzmu.

Na tematy ogólne sekcyi psychologicznej zaproponowano: 1) Badanie inteligencyi. 2) Stany podświadome.

Poza tem wygłaszane będą odczyty w obydwóch sekcyach na tematy, zgłaszane przez uczestników Zjazdu. Zawiadomienie o odczytach powinno być dokonane przed 1. sierpnia. Krótkie streszczenia odczytów należy nadsyłać najpóźniej do 15. września. Wysokość składki wynosi rb. 10; przesyłać ją należy na ręce skarbnika, Dra A. Ciaglińskiego (Warszawa, Kopernika 11).

Komitet organizacyjny Zjazdu stanowią pp.: Bregman, Ciągliński (skarbnik), Dawid, Dydyński, Flatau (wiceprezes), Gajkiewicz (prezes), Goldflam, Koelichen, Kopczyński, Korniłowicz, Łapiński (sekretarz), Męczkowski, Nussbaum, Radziwiłłowicz, Segal, Sterling (sekretarz), Szycówna, Weryho (wiceprezes), Wizel.

Adres biura Zjazdu: Warszawa, Niecała 7, lokal Towarzystwa lekarskiego.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 16. VI. 1909 posiedzenie, na którem Dr T. Janiszewski wypowiedział »Kilka uwag o środkach zapobiegawczych przeciwko płonicy«, a Prof. Kader wyłożył rzecz p. t. »Chirurgiczne leczenie gruźlicy nerek«. W dyskusyach przemawiali: Dr Bielański, Blassberg, prym. Borzęcki, Dr Eisenberg, Gertler, H. Hirsch, Rafał Landau, Doc. Latkowski, Prof. Lewkowicz, Doc. Mięsowicz, Dr Stahr, Weinsberg i prelegenci.

— Prof. Dr Józef Łazarski wybrany został rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na r. 1909/10.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Maryan Adam Sokołowski z Wieliczki i January Julian Zubrzycki z Limanowej.

— Z powodu nieco liczniejszych przypadków płonicy w mieście wydał fizyk miejski, Dr Janiszewski, treściwe popularne »Pouczenie o szkarlatynie«.

Lwów. Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 12. VI. b. r. posiedzenie, na którem omawiano sprawę sposobu oceniania wymiaru taks leczenia w szpitalach powszechnych, sprawę nauki szycia w szkołach ludowych ze względu na wzrok dzieci, wydano opinię w sprawie zamierzonej budowy szpitala powszechnego w Buczaczu, wydano opinię w sprawie budowy w Winnikach, powiatu lwowskiego, prywatnych domków drewnianych dla leczenia chorób, a zwłaszcza gruźlicy, wreszcie powzięto

uchwałę w sprawie taksy leczenia w szpitalu powszechnym w Brodach, Dolinie, Jaśle i Stryju.

— Zwołana przez Wydział krajowy ankieta w sprawie Rad powiatowych uchwaliła 8. VI. co do zakładania domów dla kalek, starców, sierot i t. p. zakładów zaopatrzenia, następującą rezolucyę: »Zjazd oświadcza się za jak najrychlejszem wprowadzeniem w życie schronisk dla sierot, oraz domów dla starców i kalek, rodzimego typu, we wszystkich powiatach kraju. Zjazd oświadcza, że gdy ustawowo jest obowiązkiem gmin opiekować się swoimi ubogimi, Rady powiatowe mogą i powinny wspierać zakładanie domów zaopatrzenia dla sierot i opuszczonych dzieci, oraz domy ubogich, pośrednio przez odpowiednie zużytkowanie gminnych funduszów ubogich, jakoteż dobroczynności prywatnej. Wyłącznie siłami finansowemi powiatów takie zakłady utrzymywane być nie mogą«. Uchwała ta może wpłynąć na powstawanie w kraju naszym tak potrzebnych schronisk dla chorych nieuleczalnych.

— Prof. Jurasz wybrany został przez Towarzystwo laryngologiczne niemieckie pierwszym prezesem Zjazdu Towarzystwa, mającego się odbyć w r. 1910. Prof. Jurasz jest założycielem tego Towarzystwa (Tyg. lek. 23).

Warszawa. W dniu 3. VI. b. r. odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem zostały wygłoszone m. i. następujące komunikaty: Dr Wł. Janowski: »Bezpośrednie zapisywanie ruchów lewego przedsionka serca przez przełyk«. Dr K. Rzętkowski (gość): »W sprawie chemizmu mięśnia sercowego w stanach jego niedomogi« oraz »Badania nad leukocytozą w stanach zakaźnych«.

— W dniu 27. V. r. b. w lokalu Towarzystwa naukowego warszawskiego odbyło się posiedzenie komisyi meteorologicznej przy Wydziale III. Towarzystwa. Porządek dzienny obejmował naprzód sprawę utworzenia w okolicach Warszawy obserwatoryum meteorologicznego i astronomicznego. Po wszechstronnem rozpatrzeniu sprawy, opracowano program dalszego działania ku urzeczywistnieniu tej myśli. Następnie p. St. Landau mówił o zamierzonych pomiarach silnie przenikającego promieniowania ziemi, a p. Wł. Gorczyński o nowych wynikach z dziedziny promieniowania słonecznego, oraz o sieci meteorologicznej szwedzkiej.

— Dr Franciszek Kijewski, wybitny chirurg, obchodził w d. 5. VI. jubileusz 25-letniej pracy zawodowej.

— Prócz budujących się dwóch przytułków położniczych, projektuje inspektor szpitali budowę obszernego przytułku na Pradze. Po ukończeniu tych przytułków będzie miała Warszawa 150 łóżek dla położnic. (Med. i Kron. lek. 24).

— Towarzystwo higieny praktycznej im. Bolesława Prusa zamierza z wiosną 1910 urządzić wystawę dydaktyczną »Czystość a zdrowie« naprzód w Warszawie, a potem w miastach prowincyonalnych.

— Kasa im. Mianowskiego ogłosiła sprawozdanie za rok 1908. W roku tym liczyła Kasa członków założycieli 88, honorowych 158, rzeczywistych 652. Majątek kasy, zwiększony znów przez kilka zapisów, doszedł 559.216 rb. 41 kop., dochody wynosiły 44.718 rb., rozchody 37.073 rb., z czego 32.036 rb. wydano na zapomogi naukowe. Nauki lekarskie, wogóle popierane przez Kasę stosunkowo skromnie, tym razem mniej jeszcze może były uwzględnione, niż poprzednio. Na badania naukowe przyznano zapomogi Dr H. Landauowi, K. Szokalskiemu i J. Sosnowskiemu (ogółem 700 rb.), na wydawnictwa naukowe wypłacono z dawniej przyznanych zapomogi Dr Wł. Biegańskiemu i K. Rzętkowskiemu (razem 878 rb.); doliczywszy do tego nawet wypłacone Drowi St. Serkowskiemu za dzieło p. t. »Mleko i mleczarstwo« 300 rb., oraz zapomogi na badania antropologiczne i embryologiczne (950 rb.) wypada dopiero 2820 rb., a doliczając jeszcze przyznane, ale niewypłacone Drowi Dmochowskiemu 1000 rb. na wydanie II. części »Dyagnostyki anatomopatologicznej« — 3820 rb., t. j. ledwo $^1/_{10}$ ogólnej sumy zapomóg.

Z różnych stron. IX. lekarska podróż naukowa rozpocznie się 3. września po Zjeździe w Budapeszcie, a skończy 20. września (w Hamburgu). Zwiedzone zostaną następujące miejscowości: Piszczany, Trenczyn, Siofok, Balaton-Fuered, Abacya, Wenecya, Genua, Algier, Gibraltar, Antwerpia, Hamburg i t. p. Zgłaszać należy się do centralnego komitetu na rece Dra Oliven (Berlin N. W. 6. Louisenplatz). *N.*

— Na konkursie na profesora chirurgii klinicznej w Tomsku uzyskał bardzo znaczną większość głosów rodak nasz Dr Węgłowski, docent pryw. w Moskwie.

— Uniwersytet w Genewie obchodzi w pierwszych dniach lipc. 350. rocznicę założenia. Na uroczystość przybędzie 250 delegatów 190 rozmaitych instytutów naukowych i wszechnic całego świata.

Mianowani: Doc. Hibler profesorem nadzw. anatomii patol. w Innsbrucku.

Zmarli: chirurg Doc. Kaczkowski w Kijowie;
Dr Emil Warmiński w 29. r. ż. w Poznaniu; Dr Kazimierz Włoczewski, lekarz kolei nadwiślańskich w 37. r. ż. w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny.
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 23. czerwca 1909 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: VI. wykład z seryi wykładów o gruźlicy: Doc. Nięsowicz. Klinika gruźlicy.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Źródło Cachat w Evian (Francya) odkryte w r. 1790, nad brzegiem jeziora genewskiego, ulubione miejsce kąpielowe. Zawiera dwuwęglan wapnia i magnezyę, ciepłota 12° C., smak wody miły i orzeźwiający (woda stołowa). Działa wzmacniająco, niejako odtruwająco. Źródło to polecane głównie przy przewlekłej dnie, cierpieniach nerek, zaburzeniach przewodu pokarmowego i dróg moczowych, cierpieniach wątrobowych. Obrót roczny 10 milionów flaszek. *Ll. W.*

Mączka Nestle'go wskazana u dzieci: 1) celem t. zw. dokarmiania (allaitement mixte), 2) przy sztucznem żywieniu, jako bezwzględnie wolny od chorobotwórczych zarazków, najlepszy środek zastępujący mleko matki, 3) w okresie odłączania, 4) w przypadkach podupadłego odżywienia u starszych dzieci (niedokrwistość, osłabienie). *M. W.*